SPW | Éditions

SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

PLAN WALLON NUTRITION SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS

(GUIDE POUR LES MAISONS DE REPOS



Ce guide a été élaboré par l'asbl Question Santé

Interviews :
Colette Barbier,
Luc Ruidant

Rédaction:
Colette Barbier,
Magali Jacobs, (Institut Paul Lambin),
Luc Ruidant,
Bernadette Taeymans

Mise en page et illustration :
Alain de Pierpont/Echangegraphic

Site internet DGO5 http://socialsante.wallonie.be

Le comité de suivi était composé de
Benoît Beauwens, Médecin généraliste
Brigitte Bouton, Inspectrice générale DGO5 SPW
Catherine Dechèvre, Directrice de la Direction des Aînés SPW
Manon Delpire, Diététicienne
Marc Delwaide, Diététicien, Direction des Aînés SPW
Claire Gazzotti, Gériatre, responsable du CLAN CHR Citadelle Liège
Daniel Hasard, Représentant de la Commission des Aînés CWASS
Pierre Labenne, Médecin-coordinateur en maison de repos, administrateur de l'AFRAMECO
Geneviève Lacroix, Conseillère au Cabinet de Madame Eliane TILLIEUX Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances
Virginie Ledent, Diététicienne
Hélène Lejeune, Diététicienne, représentante de l'UPDLF
Patrice Planche, Chef de projet PWNS-be-A, Direction des Soins hospitaliers DGO5, SPW
Véronique Tellier, Observatoire wallon de la santé
Jacques Theuwissen, Médecin-coordinateur en maison de repos, administrateur de l'AFRAMECO

Editeur responsable : Sylvie Marique - Avenue Gouverneur Bovesse, 100 - 5100 Namur (Jambes)
Numéro de dépôt : D/2012/11802/18

PWNS-be-A





Wallonie

2012

PLAN WALLON NUTRITION SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS

(**GUIDE** POUR LES MAISONS DE REPOS

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

De plus en plus nombreux dans notre pays - ils représentent aujourd'hui en moyenne 20% de la population -, les aînés souhaitent pour la plupart se maintenir en forme le plus longtemps possible et continuer à vivre à domicile, là où la vie s'est toujours écoulée, où les souvenirs se sont accumulés et où l'on se sent réellement chez soi.
Mais l'apparition d'une maladie ou une perte d'autonomie, entre autres causes, nécessite bien souvent leur entrée dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins. C'est un passage, parfois traumatisant, un moment charnière de leur existence, un virage pas toujours facile à négocier. La personne âgée doit faire à la fois le deuil de son univers familier, de son autonomie et de sa liberté, en particulier pour ce qui concerne l'alimentation et les choix alimentaires quand bien même ils sont devenus essentiels dans son existence.

Selon une enquête menée par le service public de Wallonie sur les pratiques alimentaires et nutritionnelles en maisons de repos, plus de la moitié des résidents est désormais formée d'octogénaires, autrement dit des personnes bien souvent dépendantes et fragilisées sur le plan sanitaire, qui nécessitent des soins infirmiers ou paramédicaux et, éventuellement une aide pour la réalisation des activités de la vie journalière, notamment s'alimenter.

Certes, ces dernières décennies, la qualité de vie des aînés n'a cessé globalement de s'améliorer, y compris dans les institutions. Toutefois, la population du troisième et du quatrième âge est confrontée à des problèmes de santé spécifiques, en particulier la dénutrition, phénomène complexe et multifactoriel, aussi répandu que sous-estimé, dont la prise en charge se doit pourtant d'être précoce tant ses conséquences sur les plans économique et humain sont considérables.
Un état nutritionnel adéquat est en effet une condition *sine qua non* pour le maintien de la santé, le rétablissement rapide, la défense immunitaire, l'autonomie et le bien-être en général.

Après avoir fait le point sur la situation de nos aînés dans les maisons de repos en Wallonie et rappeler ce qu'est la dénutrition, quelles en sont les causes et conséquences principales, mais aussi les enjeux en termes de santé globale des aînés et de coûts pour la société, ce guide présente la Charte qualité alimentation-nutrition et le Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés (PWNS-be-A), parties intégrantes du Plan National Nutrition Santé pour la Belgique (PNNS-B).

Lancé en 2004, à l'initiative du ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique fédéral, le PNNS-B vise à augmenter le niveau de santé de la population belge en proposant une alimentation plus équilibrée et une meilleure balance entre les apports et les dépenses d'énergie. Parmi ses quatre objectifs généraux, il veut traiter le problème de la dénutrition qui concerne de nombreux aînés et il propose des mesures pour les maisons de repos, entre autres l'élaboration de critères pour une Charte Alimentaire mise au suffrage des établissements et de leurs professionnels.

La Région wallonne, qui a participé au groupe de travail du PNNS-B chargé de la question de la dénutrition dans les maisons de repos, a décidé de relever le défi en déclinant la Charte qualité alimentation-nutrition approuvée par le PNNS-B et publiée en septembre 2008 dans le réseau de l'offre de soins wallonne pour les aînés. L'application de cette Charte devrait permettre à terme l'obtention d'un label régional « Qualité Alimentation-Nutrition. »

Un test de faisabilité des mesures préconisées par cette Charte s'est déroulé sur une période de six mois dans six établissements pilotes. A terme l'objectif est que chaque maison de repos et maison de repos et de soins agréée par la Wallonie élabore son propre plan interne nutrition-alimentation, en concertation avec tous les intervenants. Un plan qui garantisse un environnement alimentaire de qualité à tous les résidents et qui renforce ainsi leur bonne santé et leur bien-être. Un plan qui constitue un des volets de la charte plus globale relative à la qualité des établissements.[i]

Le guide s'inscrit dans cette perspective. Destiné en priorité aux aidants professionnels, il se veut un outil de référence au sein duquel se côtoient connaissances scientifiques et conseils pratiques pour accompagner et soutenir au mieux les aînés qui en ont besoin dans leur vie quotidienne.

Partant du principe qu'il vaut toujours mieux prévenir que guérir, ce guide insiste sur la nécessité d'un dépistage systématique de la dénutrition dès l'admission du résident en maison de repos et d'une évaluation approfondie de son état nutritionnel, tout en recommandant la mise en place dans l'établissement d'une stratégie globale d'intervention et l'organisation d'un suivi pertinent.
N'hésitant pas à couper les ailes à certains canards, il tend à revaloriser l'acte de manger dans sa globalité, chargé de sens et non exclusivement pour sa fonction nourricière. Car l'âge avançant ,en dépit souvent de certains déficits fonctionnels, manger est l'un des plaisirs de la vie qui perdure et il est important que le projet de vie en hébergement collectif en tienne compte.

Quelques-unes des pistes, parfois très simples, suggérées: avoir des heures précises de repas, éviter un jeûne nocturne trop long, moduler la fréquence des prises alimentaires dans la journée, prévoir plus de personnel au moment des repas, organiser une aide technique, accroître le plaisir de manger en veillant à la convivialité, à l'aménagement de la salle à manger, à l'ambiance qui y règne et à la présentation de la nourriture, tenir compte des préférences personnelles et culturelles des résidents, leur offrir une alimentation saine et équilibrée avec suffisamment de choix, leur laisser le temps de manger, évaluer leur santé buccodentaire et leurs besoins en hydratation, adapter la texture des aliments à leurs capacités de mastication et de déglutition, utiliser les techniques modernes tendant à conserver les goûts, proportionner les apports alimentaires en cas de maladie, en période chaude ou d'activité physique, mieux répartir ces apports entre les différents repas, prévoir des produits riches en énergie et/ou protéines mais conserver aussi l'accès à des produits frais, entretenir les dimensions ludiques et culturelles de la nutrition, inciter à une activité physique journalière, etc.

Pas question cependant de se limiter à contribuer à sensibiliser les professionnels et les résidents à une réalité qu'ils connaissent déjà, ni même de se familiariser à la rédaction d'une directive et d'un inventaire des *best practices* pour prévenir et traiter la dénutrition. L'objectif est bel et bien d'amener chaque établissement, à élaborer une stratégie, un fil conducteur, une véritable politique nutritionnelle qui puisse apporter une plus-value par le biais d'une approche souple, intégrée et multidisciplinaire.
Qu'il s'agisse de la direction, du médecin coordinateur, du médecin traitant, de l'aide-soignant, de l'infirmier, du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, du logopède, du diététicien, du cuisinier, mais aussi des proches du résident, tous ont évidemment une responsabilité à assumer en matière de suivi alimentaire de la personne âgée.

C'est faire preuve de bon sens et de responsabilité que d'associer et d'impliquer tous les acteurs concernés dans chaque maison de repos. D'où également la nécessité de mettre en place des mesures de sensibilisation à la problématique de la dénutrition et d'organiser un programme de formation continue à destination de l'ensemble du personnel, de composer une équipe nutritionnelle et alimentaire au sein de chaque établissement ou à tout le moins de désigner une personne de référence, de veiller à la bonne circulation d'une information fiable et compréhensible pour tous les intervenants, d'instaurer une meilleure collaboration interdisciplinaire, d'associer la famille lors des repas, même si cela demande une adaptation des heures de visite, etc.

L'alimentation et l'état nutritionnel de nos aînés participent de façon essentielle au « bien vieillir ».
Tous doivent pouvoir bénéficier d'actions concrètes et visibles favorisant une prise alimentaire optimale qui répondent à leurs besoins et leurs attentes, de manière à réduire les risques de maladies et de dépendance, à renforcer leur état de santé et à améliorer leur qualité de vie, à tout moment de leur existence. Un défi majeur pour la Wallonie que ce guide a l'ambition de contribuer à relever.

[i] Voir site internet DGO5 http://socialsante.wallonie.be



LES AÎNÉS
EN MAISON DE REPOS

1.

GROS PLAN SUR LA PERSONNE ÂGÉE

En 2009, l'espérance de vie des Belges à la naissance était estimée à 77 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes, soit respectivement 3 et 2 ans de plus qu'en 1999[1]. Notre pays compte donc de plus en plus de personnes âgées et cette tendance s'accentuera encore dans les années à venir.
L'âge n'est pas le seul déterminant du vieillissement de l'organisme. Le mode de vie, les conditions socio-économiques, les antécédents de santé en sont par exemple d'autres puissants modulateurs : on peut paraître « vieux » à 50 ans et guilleret à 80 ans.

Dans la plupart des cas, la perte d'autonomie n'est pas un phénomène ON/OFF. Elle s'installe insidieusement et progressivement dans la période qui précède. La personne arrive donc souvent en maison de repos alors qu'elle vit un processus de fragilisation active et progressive dont une des manifestations majeures (et cause d'aggravation par ailleurs) est la dénutrition.

En Wallonie, l'âge moyen d'entrée en maison de repos (MR/MRS) est actuellement d'environ 83 ans et environ 47 000 personnes y résident, soit, d'après les données de l'INAMI de 2007, 6% des personnes de 60 ans et plus (1.9% des 60 à 79 ans, 16.7% des 80 à 89 ans et 55.3% des 90 ans et plus).

Plus de 90% des personnes de plus de 60 ans vivent donc à domicile, chez elles ou dans leur famille. Celles qui rentrent en maison de repos présentent habituellement une fragilité particulière qui peut être en lien avec la santé physique, mentale ou sociale qui a souvent pour effet de restreindre l'autonomie. Parmi les octogénaires, plus d'un quart d'entre eux vivent en maison de repos.

Ce chapitre aborde les principes nutritionnels sur lesquels se baser pour améliorer la santé nutritionnelle des personnes âgées en maison de repos par les aspects collectifs développés mais aussi pour toutes les personnes âgées et très âgées par les éléments individuels proposés.

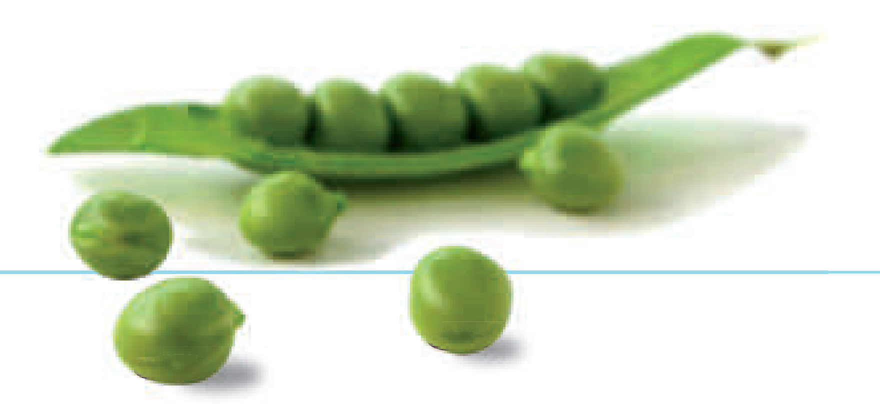
L'état nutritionnel des aînés

Depuis quelques années, les phénomènes de dénutrition chez la personne âgée sont mis en évidence. C'est souvent la perte de poids qui met la puce à l'oreille des soignants et accompagnants même s'il s'agit d'un phénomène tardif dans le processus : en effet, les carences et problèmes physiologiques divers devancent souvent la perte de poids et sont d'autant plus réversibles, du moins en partie, qu'ils sont détectés précocément.

• A domicile

D'après l'étude Nutriaction[2], menée auprès de 50 médecins généralistes et 70 maisons de repos en Belgique, la moitié des aînés vivant à domicile étaient dénutris ou à risque de dénutrition. La dénutrition avérée était moins fréquente à domicile qu'en maison de repos (13% et 17% respectivement). Toutefois, la situation des personnes à domicile était loin d'être idéale, puisqu'elles présentaient des pertes de poids et d'appétit supérieures aux personnes vivant en maison de repos. On peut supposer que si la personne vivant à domicile commence à perdre de l'autonomie et à s'isoler, elle peut souffrir de solitude et rencontrer des difficultés à s'approvisionner et préparer ses repas. Elle choisira par exemple davantage d'aliments à longue durée de conservation, faciles à préparer, à découper et à mâcher plutôt que des fruits et légumes frais et mangera globalement de moins grandes quantités. Cette situation mène à des carences spécifiques et, in fine, à une perte de poids.

[1] Source : SPF Economie. Tables de mortalité et d'espérance de vie, sur base des chiffres du Registre National.
[2] Source : Nutriaction. Résultats de l'étude sur la dénutrition chez les personnes âgées en Belgique. Conférence de presse donnée le 19 août 2009 à Bruxelles.
[3] Source : Defloor, T., Grypdonck, M., Bocquaert, I., Vanderwee, K., Folens, B., & Lardennois, M. (2007). **Evaluation de la dénutrition dans les unités de gériatrie**. Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.



• A l'hôpital

Une étude menée en 2007[3] en Belgique dans les unités de gériatrie de 90 hôpitaux a révélé que 36% des personnes y sont dénutries, et 42% à risque de le devenir. On sait que la dénutrition accompagne très souvent la maladie, ou qu'elle en découle (consommation des dernières réserves nutritionnelles dans la lutte contre l'infection par exemple), ce qui peut expliquer une telle prévalence de la dénutrition.

• En MR/MRS

Une étude réalisée en 2010 par le Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement[4] , montre qu'en moyenne, près du quart des résidents des maisons de repos sont dénutris, 38% présentent un risque de dénutrition, et 39% ont un bon état nutritionnel. Cette étude met aussi en évidence de nombreux facteurs traduisant la perte d'autonomie des résidents des maisons de repos. Ainsi, 68% d'entre eux sont dépendants pour une ou plusieurs tâches quotidiennes, 60% ont besoin d'une intervention nutritionnelle, surtout pour couper ou mixer leur nourriture, 36% ont besoin d'aide pour manger. Enfin, une grande partie d'entre eux (71%) présente des troubles cognitifs, et près du quart prend un médicament qui compte l'anorexie et/ou la sécheresse de la bouche parmi ses effets secondaires ou qui diminue l'absorption de certains nutriments.

C'est normal qu'une personne âgée maigrisse : **FAUX**

Avec l'âge, la composition corporelle change petit à petit. Les aînés perdent progressivement de la masse musculaire et de la masse osseuse alors que leur masse adipeuse augmente légèrement proportionnellement. Malgré ce changement de composition corporelle, l'avancée en âge ne doit pas être synonyme de perte de poids. Au contraire, la plupart des gens prennent un peu de poids en vieillissant et c'est normal. L'idéal est donc que le poids reste stable. Toute perte de poids doit constituer un signal d'alerte et faire suspecter un problème sous-jacent (dénutrition, carences alimentaires, maladie, trouble de l'humeur, démence, isolement…).

Les besoins énergétiques et nutritionnels des aînés

LE PREMIER ATOUT POUR UN BON ÉQUILIBRE NUTRITIONNEL RESTE LE PLAISIR DE MANGER !

Plaisir des arômes, des saveurs… Plaisir d'avoir faim et d'être rassasié… Plaisir de retrouver et de déguster un plat apprécié… Plaisir de partager ces moments en famille, ou avec des personnes que l'on apprécie… Plaisir de célébrer un événement : anniversaire, fêtes… Ce plaisir, ces plaisirs doivent être offerts aux aînés qui résident en maison de repos. Parce que manger, c'est avant tout un acte convivial et social qui rythme le quotidien.

Les besoins énergétiques et nutritionnels des aînés ne sont pas exactement les mêmes que ceux des adultes. Avec l'avancée en âge, la personne devient plus fragile et on sait qu'une alimentation suffisante et de bonne qualité contribue au maintien de la santé et de l'autonomie.

A partir de 60 ans, le Conseil Supérieur de la Santé recommande une quantité supérieure de certains minéraux et vitamines, nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme et apportés chaque jour par l'alimentation. Les apports recommandés en calcium passent ainsi de 900mg par jour pour les adultes à 1200mg par jour à partir de 60 ans, et en vitamine D de 400-600 UI par jour à 600 UI par jour. Les quantités recommandées de vitamine B2 et B3 augmentent également.

Promouvoir une alimentation de qualité comporte de nombreux défis. Celle-ci doit en effet être adaptée aux modifications physiques et physiologiques qui apparaissent avec l'âge.

[4] Source : Defloor, T., Geurden, B., Bocquaert, I., Clays, E., Dardenne, O., de Bonhomme, A., De Ryke, H., Vanderwee, K., Van Herk, K., Verhaeghe, S. & Gobert, M. (2010). **Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA – MRS**. Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Ces modifications peuvent s'accélérer dans une spirale négative si des carences spécifiques et un déficit protéino-calorique se surajoutent au vieillissement physiologique.

Notons par exemple que :

- Les sens du goût et de l'odorat sont affectés par le vieillissement. S'ils sont fortement diminués, ils interfèrent avec l'appétit. Parmi les responsables de cette perte de goût, notons certains médicaments et carences (zinc). Enfin, les aînés qui souffrent d'une perte de leurs capacités cognitives présentent fréquemment une émaciation associée.
- Avec l'âge apparaissent une détérioration de la dentition et une diminution de la capacité masticatoire qui peuvent entraver une prise alimentaire adéquate. Les soins bucco-dentaires (dents et gencives) se révèleront ainsi de première importance pour préserver les capacités de s'alimenter correctement avec plaisir.
- La production d'acidité gastrique et de sucs digestifs tend à diminuer réduisant ainsi la capacité de digestion (des protéines surtout) et d'absorption de

CRITÈRES NUTRITIONNELS POUR UNE ALIMENTATION FAVORABLE AUX SENIORS

Une **hydratation suffisante** est essentielle. On veillera à proposer régulièrement des boissons aux aînés, qui ressentent moins la sensation de soif et pensent moins souvent à boire. On organisera par exemple des tours de boisson en chambre ou des bars à thé. Les aliments liquides ou riches en eau participent eux aussi à l'hydratation. En cas de fortes chaleurs, les besoins hydriques sont supérieurs et les régimes sans sel vraiment déconseillés. C'est également vrai à la période où le chauffage central est remis en route. Il est donc conseillé de surveiller le bon état d'hydratation.

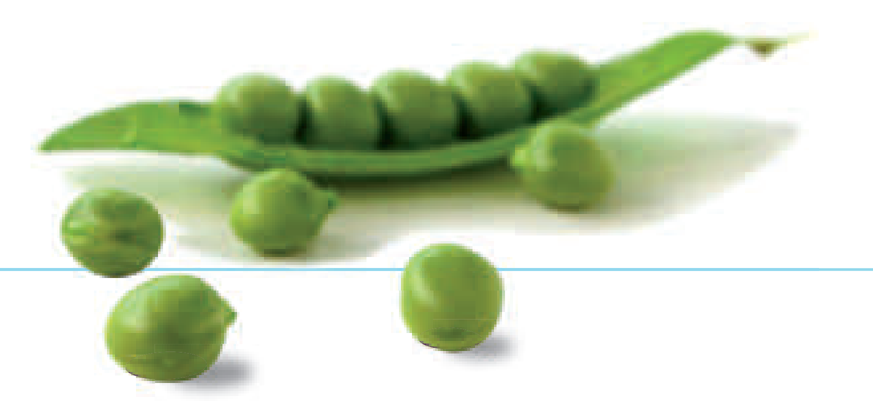
➜ Boissons : eau plate ou pétillante, thé et tisanes, café, chocolat chaud, jus de fruits…
➜ Aliments : potages et bouillons, yaourts et entremets lactés, fruits et légumes.

L'alimentation des aînés devra leur apporter suffisamment de **protéines** afin de préserver la masse musculaire. Chez les seniors, les besoins en protéines restent identiques à ceux des adultes jeunes et ont même tendance à augmenter avec l'âge. Ceci intervient, paradoxalement, en même temps que leur intérêt pour les aliments riches en protéines diminue. Encourager la consommation d'aliments sources de protéines constitue un défi de taille auprès de certains aînés. Pour les hommes et les femmes de plus de 70 ans, les experts recommandent une consommation minimale de 0,8 grammes de protéines par kilo de poids corporel et par jour.

➜ Aliments : viandes – toutefois la « viande hachée » doit être limitée car elle contient beaucoup de lipides saturés délétères pour la santé cardio-vasculaire – volailles, poissons et œufs, légumineuses, substituts de viande (tofu, quorn…), lait, yaourts, entremets lactés, fromages. Notons que les céréales contiennent également des protéines.

Ensuite, on veillera à **varier les aliments sources de graisses** afin d'équilibrer les apports en lipides de l'alimentation. Il n'est pas nécessaire de limiter les graisses de l'alimentation des aînés, car celles-ci donnent du goût et une consistance agréable aux aliments et favorisent fortement la prise alimentaire.

➜ Aliments : alternance au menu des viandes plus grasses et des œufs avec des viandes maigres, volailles et poissons. On privilégiera les poissons gras qui sont riches en acides gras oméga 3 et qui peuvent être facilement consommées. Des huiles variées seront proposées, crues en assaisonnement plutôt que pour la cuisson. De même, on alternera les charcuteries grasses et maigres. Les sauces et le beurre seront conservés dans les menus. Les viennoiseries, biscuits et pâtisseries seront tolérés malgré leur teneur élevée en sucre et leur contenu en acide gras trans (rigidifiant les parois cellulaires) à condition que ce soit en proportion raisonnable par rapport aux autres aliments, notamment aux fruits et légumes.



nutriments tels que les vitamines. Ici aussi certains médicaments interfèreront de manière négative.

- La déshydratation, le faible niveau d'activité physique, la faible consommation de fibres alimentaires contribueront à rendre la constipation fréquente.
- Pour des raisons hormonales, on observe également une perte de masse osseuse chez les personnes âgées, en particulier les femmes, ce qui augmente considérablement le risque de fracture. Une alimentation équilibrée apporte du calcium en suffisance mais il sera nécessaire la plupart du temps de donner aux aînés des suppléments de vitamine D.
- Avec l'âge, la sensation de soif diminue et les reins concentrent moins l'urine, ce qui contribue à augmenter le risque de déshydratation chez la personne âgée. Il est donc essentiel de veiller à une hydratation suffisante.
- Enfin, on constate avec l'âge une perturbation du métabolisme des protéines ainsi qu'une diminution légère mais progressive de la masse musculaire.

Les aînés trouveront aussi de l'énergie dans les aliments contenant des **glucides**. Leur alimentation devra contenir suffisamment de féculents qui apporteront des glucides complexes comme l'amidon. Des féculents non raffinés seront proposés, comme le pain gris, les pâtes ou le riz complet. Des sucres simples seront apportés par les fruits et par les légumes. L'utilisation du sucre pour agrémenter les boissons chaudes ou pour la préparation de desserts ou collations est acceptée; le sucre raffiné sera de préférence associé à d'autres nutriments (sucres lents, fibres, protéines ou graisses).

➜ Aliments : féculents salés (pain, pommes de terre et autres racines sous toutes leurs formes, pâtes, riz, et autres céréales comme le millet ou la quinoa…), fruits (frais, cuits, en compote, secs…), collations sucrées (biscuits, pâtisseries, desserts…), produits laitiers (chocolat chaud, yaourts, fromages blancs, entremets lactés comme la crème pudding, la semoule de riz, le riz au lait…).

Les aînés ont également des besoins en **calcium** accrus par rapport aux adultes. On veillera à ce que les menus proposés contiennent suffisamment d'aliments et de boissons riches en calcium, comme les produits laitiers et les fromages ainsi que les fruits secs et l'eau. D'une manière générale, de nombreux aliments contiennent de petites quantités de calcium et tous participeront aux apports. Pour les personnes qui ne consomment pas de lait pour une raison d'intolérance au lactose, on pourra aussi proposer des produits végétaux enrichis en calcium, comme certains laits ou desserts au soja, ou proposer des comprimés de lactase en cas d'intolérance importante. On pourra aussi proposer de boire des eaux minérales riches en calcium, ce qui dans nos contrées est souvent le cas de l'eau de distribution.

➜ Aliments : lait et produits à base de lait (yaourts, entremets lactés, sauces à base de lait), fromages sous toutes leurs formes (y compris les fromages incorporés dans des préparations telles que gratins, sauces, potages…), jus végétaux enrichis en calcium, eaux minérales riches en calcium.

Combinée à une hydratation suffisante, une alimentation contenant suffisamment d'aliments sources de **fibres** favorisera un bon transit intestinal et contribuera à lutter contre la constipation.

➜ Aliments : féculents non raffinés (pain gris ou complet, avoine, riz brun…), fruits et légumes.

Il n'est pas nécessaire de réduire la teneur en **sel** dans l'alimentation des aînés. Le sel occupe une place centrale dans le goût des aliments mais rappelons qu'il n'est pas le seul condiment à donner du goût.

Enfin, dans le cas des **patients dénutris**, leurs goûts et envies primeront sur les critères de qualité nutritionnelle, sauf un : leur alimentation devra apporter de l'énergie (graisses et glucides) et des protéines en suffisance.

Voilà bien des points critiques auxquels les soignants devront être attentifs afin de préserver le statut nutritionnel des personnes âgées.

L'entrée de la personne âgée en maison de repos : une étape importante dans la vie de la personne

La perte d'autonomie (physique, mentale ou sociale) et le besoin de soins sont les principales raisons qui entraînent l'entrée des personnes âgées en maison de repos.
Plus rarement, il arrive que des personnes en bonne santé et n'ayant pas encore besoin d'aide pour les tâches quotidiennes, désirent entrer en maison de repos pour d'autres raisons (perte du logement, solitude, allègement des tâches quotidiennes…).
Quoi qu'il en soit, l'entrée des personnes âgées en maison de repos est un moment difficile pour bon nombre d'entre elles… Rien ne sera plus jamais comme avant : la personne est amenée à faire le deuil de son autonomie d'une manière générale, et en particulier en ce qui concerne son alimentation et ses choix alimentaires.

S'approprier l'alimentation offerte est une manière de s'intégrer dans cette nouvelle étape de vie.
Les efforts du personnel à cet égard seront les bienvenus.

Les rythmes alimentaires de la personne âgée

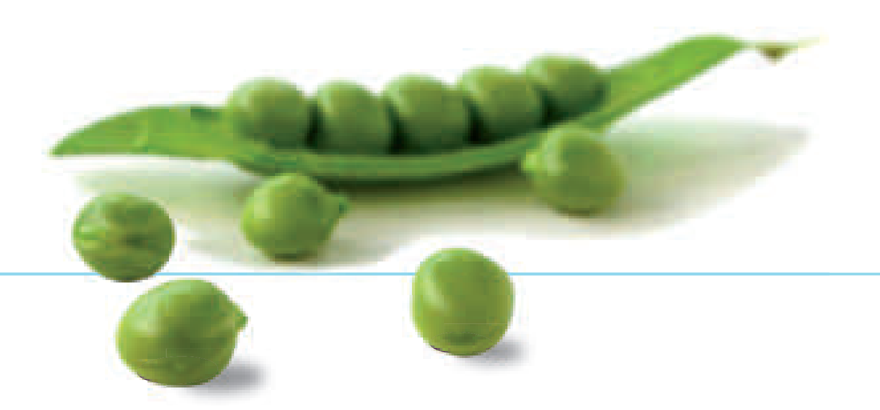
Idéalement, la MR/MRS doit pouvoir proposer des horaires de repas à la meilleure convenance des résidents. Il faut en tout cas s'assurer un nombre suffisant de prises alimentaires et que le jeûne nocturne ne dépasse pas 12 heures : le patient âgé dont les fonctions physiologiques sont ralenties ne peut absorber une ration alimentaire suffisante sur une période courte, et ce, d'autant plus qu'il est dénutri ou à risque de le devenir; il devrait donc avoir une consommation augmentée. De plus, un jeûne prolongé peut s'accompagner de déshydratation et/ou d'hypoglycémie au petit matin, sources d'angoisse et de chutes et donc de travail supplémentaire pour le personnel. Or, l'organisation interne des MR/MRS n'est pas toujours conçue de manière à réduire cette période de jeûne. Le soir, le personnel est réduit, ce qui amène certains établissements à proposer le repas du soir avant la fin des heures de service du personnel de jour… et donc parfois bien trop tôt, dès la fin de l'après-midi. Dans tous les cas, même si le repas du soir est servi à des heures raisonnables, il faut pouvoir proposer une collation en soirée afin de diminuer la durée du jeûne nocturne. Par ailleurs, il est important de laisser à la personne un temps suffisant pour manger, surtout si elle présente des troubles cognitifs ou un état de fatigue important.

Selon l'étude « Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA – MRS », le petit déjeuner débute généralement entre 7 et 9 heures et se termine entre 8 et 10 heures. Une collation est proposée entre 10h et 11h30. Le dîner commence entre 11h et 12h30, et se termine entre 11h30 et 13h30. Un goûter est servi entre 13h et 16h. Le souper débute entre 16h30 et 18h et se termine entre 17h et 19h. Certains établissements proposent un souper tardif, pris entre 19h et 22h. Les résidents disposent en moyenne de 40 minutes pour manger, ce temps pouvant varier entre 15 et 60 minutes.

Il est important de veiller à ce que le jeûne nocturne ne dépasse pas 12 heures car il augmente entre autres le risque de chute. Pour cela, le repas du soir ne sera pas servi trop tôt ni le petit déjeuner trop tard. On peut également proposer une collation en soirée afin de limiter la durée du jeûne.

Quand la perception des saveurs change

La perception des saveurs des aliments est liée au goût et à l'odorat. Le goût s'exprime sur la langue, qui permet de reconnaître les saveurs sucrée, salée, acide, amère et de l'umami (ou le goût caractéristique du glutamate). L'odorat permet la perception de toutes les molécules odorantes et volatiles présentes dans les aliments, car la bouche et le nez communiquent, et l'on peut dire que l'on goûte surtout avec son nez ! Le goût et surtout l'odorat sont des sens très fragiles et s'ils sont détériorés, la perception des arômes des aliments sera



moins bonne. Les facteurs pouvant les affecter sont nombreux.

Tout d'abord, le goût s'émousse avec l'âge, de même que l'odorat. L'odorat est un grand stimulant de la prise alimentaire (odeurs alléchantes), ce qui peut contribuer à expliquer la perte d'appétit et de l'envie de manger chez certaines personnes âgées. Le goût et l'odorat étant moins aiguisés, il conviendra d'accorder une attention particulière à l'assaisonnement, de proposer des plats qui ne soient ni fades ni monotones, adaptés aux préférences et aux habitudes, et enfin d'éviter les régimes restrictifs injustifiés, cela afin de stimuler l'appétit de la personne âgée.

Ensuite, environ un tiers des médicaments existants est susceptible de modifier le goût, soit en agissant sur la perception du goût en elle-même, soit en diminuant la production de salive. Or, la salive est nécessaire à la bonne perception du goût car elle sert à imbiber l'aliment et à solubiliser les molécules vectrices de goût.

La perte du sens du goût peut être due à une insuffisance d'apports alimentaires ou de boisson. La déshydratation, même peu avancée, entraîne une sécheresse de la bouche et interfère avec la perception du goût. Quant à la dénutrition, elle ralentit le renouvellement cellulaire des bourgeons du goût. Le déficit en vitamine B3 et en zinc peut également être responsable d'une baisse de perception des saveurs.

Par ailleurs, le goût peut être affecté par des lésions de la muqueuse buccale. Celle-ci peut être altérée par les facteurs suivants : sécheresse de la bouche, brûlures, irradiations, produits chimiques contenus dans certains dentifrices ou bains de bouche, mycoses buccales, mauvais état des dents…

Enfin, d'autres facteurs peuvent altérer les sens du goût et de l'odorat : par exemple, la chirurgie ORL, les affections ORL chroniques (sinusites, pharyngites…), les affections virales, l'insuffisance rénale chronique, le tabac , les pathologies œsogastriques, la dépression.

POUR AMÉLIORER LE SENS DU GOÛT [5]:

- Supprimer les médicaments qui ne sont pas indispensables
- Corriger la malnutrition
- Corriger la déshydratation et rappeler à la personne qu'elle doit boire en quantité suffisante (1 à 1,5 litre d'eau par jour)
- Complémenter en zinc et en vitamine B3 si nécessaire
- Améliorer ou proposer d'autres soins d'hygiène buccale
- Bien entretenir les prothèses dentaires
- Ne pas oublier la visite chez le dentiste
- Mastiquer suffisamment longtemps les aliments afin qu'ils expriment leur saveur (prendre le temps de manger)
- Stimuler la sécrétion de salive en proposant des aliments riches en goût
- Eventuellement proposer un stimulateur artificiel de salive si nécessaire

[5] Référence :
Ferry, M. et al. (2007). **Nutrition de la personne âgée**. Masson, coll. Abrégés.

2. CE QU'IL Y A DANS L'ASSIETTE

Les aliments proposés aux résidents des MR/MRS ne doivent pas présenter de risques pour la santé (préparation selon de bonnes pratiques d'hygiène) et doivent être adaptés aux besoins et aux souhaits des aînés. Ils doivent également être préparés en tenant compte des éventuelles pathologies du patient, ainsi que de son état bucco-dentaire et nutritionnel.

La préparation des plats

Les plats servis aux résidents des MR/MRS seront soit préparés sur place (c'est le plus souvent le cas des établissements relativement grands) soit dans une cuisine centrale. Cette dernière prépare et livre des repas à différents établissements (MR/MRS mais aussi CPAS, cantines scolaires…).

L'hygiène en cuisine

Qu'il s'agisse de la cuisine de la MR/MRS ou d'une cuisine centrale, la préparation des repas doit toujours correspondre à des critères stricts d'hygiène afin d'assurer la bonne qualité microbiologique des repas (absence de contamination). Ceci est d'autant plus important que les aînés sont considérés comme des personnes fragiles, plus sensibles et se remettent donc moins vite d'une infection que des adultes en bonne santé.
Par exemple, la cuisine doit posséder un guide de bonnes pratiques d'hygiène afin d'aider le personnel dans la mise en œuvre de celles-ci : comment et quand faut-il se laver les mains ? A quelle température stocker des denrées alimentaires ? A quelle fréquence doivent être nettoyés et/ou désinfectés les différents éléments de la cuisine ?, etc.

Les menus

Idéalement, les menus servis aux résidents sont planifiés et répondent à certains critères afin d'assurer une qualité nutritionnelle adéquate. Les menus sont organisés en cycles, un cycle comprenant des menus différents et prenant en compte la saisonnalité. Ceci permet une variété alimentaire suffisante et évite la monotonie.

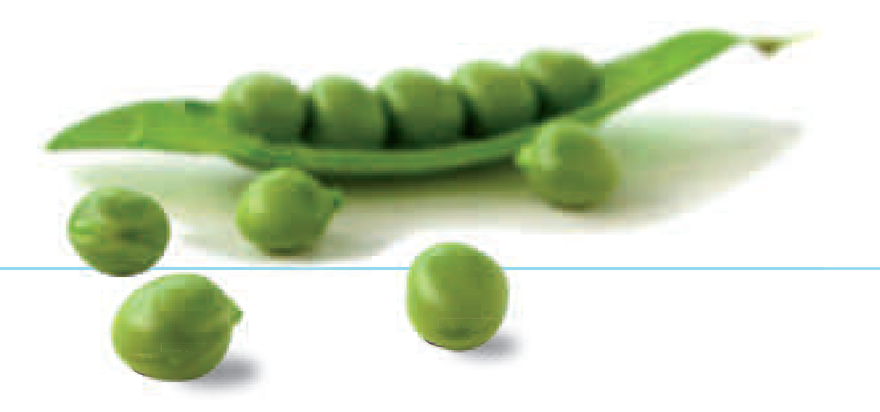
Rappelons l'importance de proposer régulièrement des produits frais. Pourquoi? Parce qu'un des facteurs importants du vieillissement est la diminution progressive de la capacité des cellules à lutter contre les phénomènes d'oxydation. Il existe des défenses physiologiques naturelles contre ces agressions et une part significative de ces défenses provient de la nourriture (des produits frais).

Afin de respecter les goûts alimentaires des résidents, certaines maisons de repos remplissent une fiche de goûts (préférences et aversions) au moment de l'admission de la personne âgée. Le cuisinier consulte les fiches de goûts lorsqu'il prépare les repas.
Il existe, au sein de certaines maisons de repos, une « commission menus » grâce à laquelle les repas sont élaborés en tenant compte des goûts des résidents. Chaque mois, les menus à venir sont présentés aux résidents qui les approuvent ou non, y apportent certaines modifications.
Par ailleurs, pour chaque plat confectionné, le cuisinier devrait posséder une fiche technique. Cette fiche détaille les ingrédients et les quantités nécessaires pour la préparation des plats et décrit la marche à suivre, les ustensiles à utiliser… L'utilisation de fiches techniques favorise une bonne reproductibilité des recettes. Planifier des menus facilite la variété et l'équilibre de l'alimentation présentée aux résidents.

L'adaptation des menus

Les menus standards proposés aux résidents doivent pouvoir bénéficier d'adaptations diverses :

- **Les habitudes :** il faut que les menus correspondent aux habitudes alimentaires des résidents. Pour cela, il faut que la MR/MRS mette en place une procédure pour connaître les préférences des résidents (par exemple, remplir avec eux une fiche de goûts et/ou créer une



commission menus) afin qu'on ne leur serve pas des plats qu'ils n'aiment pas du tout. Il se peut par exemple qu'une personne aux habitudes alimentaires très traditionnelles ne soit pas attirée par des plats exotiques qui s'éloignent trop de ce qu'elle a l'habitude de manger, surtout en début de séjour.

- **Les alternatives :** il faut que les aînés puisse exercer un choix minimum, avec au moins une alternative possible au menu standard. Cette alternative doit elle-même varier afin que les résidents ne reçoivent pas toujours le même plat lorsqu'ils ne consomment pas le menu du jour. Elle doit être aussi attirante et équilibrée que le menu du jour, même lorsqu'il s'agit du souper.

- **La texture :** la cuisine doit pouvoir proposer des plats de texture adaptée à l'état bucco-dentaire ou aux éventuels troubles de la déglutition des résidents.

- **Enrichissement :** si des résidents sont dénutris, la cuisine doit pouvoir leur proposer des repas enrichis afin de leur apporter plus d'énergie pour un même volume d'aliments.
  Les plats peuvent être enrichis à l'aide d'aliments classiques pour apporter plus d'énergie et/ou de protéines (par exemple œuf et/ou huile dans la purée, poudre de lait et/ou crème et/ou fromage dans le potage). On peut également les enrichir spécifiquement en protéines ou en glucides à l'aide de produits nutritionnels conçus à cet effet.

- **Les ustensiles :** il faudra que la MR/MRS possède des ustensiles adaptés aux résidents qui en ont besoin. On utilisera par exemple des couverts adaptés pour les résidents qui ont des troubles de la préhension, des gobelets avec une encoche nasale afin que les résidents ayant des troubles de la déglutition puissent boire sans pencher la tête en arrière, etc.

La personne âgée doit manger moins, et moins de viande : **FAUX**

On pense à tort qu'avec l'âge, on doit manger moins pour ne pas grossir. Rien n'est moins vrai, remarquent les diététiciens qui insistent sur le fait que les personnes âgées doivent manger de manière équilibrée et diversifiée. Il ne s'agit donc pas de manger moins mais de manger mieux et autrement.
Les besoins en protéines restent inchangés, voire augmentent légèrement. Les aînés ne doivent donc pas manger moins de viande, de volaille, de poisson ou d'œufs car ces aliments sont une source majeure de protéines. Il arrive que cela soit difficile à mettre en pratique car l'attirance des aînés pour les produits carnés diminue ; ils ont aussi parfois plus de mal à mastiquer les viandes ou volailles. On peut alors se tourner vers d'autres sources de protéines que sont les produits laitiers sous toutes leurs formes, fromages ou laitages (du reste très intéressants pour leur teneur en calcium) et les légumineuses et dérivés.



3. L'ENVIRONNEMENT

Pour favoriser la prise alimentaire, on pense tout naturellement à rendre le contenu de l'assiette plus appétissant… Et on oublie quelquefois que l'environnement des repas est également d'une grande importance. On peut servir le meilleur menu possible, il sera moins bien consommé dans une ambiance bruyante, dans une pièce peu avenante ou encore si l'on presse les résidents de finir leur assiette. A l'inverse, un environnement de repas agréable permettra de mettre en valeur les menus réalisés en cuisine.

Prêtons tout d'abord attention au lieu où se prennent les repas : la personne mange-t-elle seule dans sa chambre ou prend-elle son repas en salle avec les autres résidents ? Manger en bonne compagnie

est synonyme de convivialité et augmente l'appétit des résidents. Le fait de laisser les personnes moins valides manger dans leur chambre car elles ne sont pas facilement déplaçables contribue malheureusement à leur isolement et ne favorise pas l'envie ni le plaisir de manger.
Par ailleurs, certains résidents présentant des difficultés motrices pour manger (tremblements par exemple) estiment qu'ils ne mangent plus suffisamment proprement pour manger en compagnie des autres résidents ; ils sont gênés de la situation et préfèrent prendre leurs repas dans leur chambre. Il convient bien évidemment de respecter les souhaits des résidents, mais un changement dans les habitudes de repas doit attirer l'attention du personnel soignant sur le résident. Il se pourrait que le désir de prendre ses repas en chambre soit lié à l'apparition d'un problème (dysphagie, trouble de la déglutition, tremblements…) qui n'a pas encore été diagnostiqué.

La luminosité de la pièce dans laquelle on mange joue également un rôle : elle doit être convenablement éclairée afin d'offrir une bonne visibilité de ce qu'il y a dans l'assiette. La prise alimentaire peut aussi être influencée par l'ambiance dans laquelle se déroule le repas : est-elle détendue ou presse-t-on les résidents de finir leur assiette ? Y a-t-il beaucoup de bruit ou l'ambiance est-elle calme et feutrée ?

Un environnement agréable stimulera les résidents à prendre leur repas en salle, à en profiter et prendre du plaisir en mangeant. Pour favoriser la prise alimentaire, rien de tel qu'un joli décor : une salle à manger bien apprêtée, une belle vaisselle, une décoration de table, des assiettes joliment présentées… Toutes des petites attentions pour faire du repas un moment agréable, voire de fête.

L'organisation de fêtes ou de repas thématiques demande un peu d'efforts mais produit un effet incontestable : anniversaires, fêtes annuelles, plats étrangers… toutes les occasions sont bonnes à saisir ! Sans oublier que l'on peut offrir à la famille des résidents l'opportunité de venir partager un repas avec leur parent.

4. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE PAR LE PERSONNEL

Le personnel soignant joue un rôle primordial dans la prise alimentaire des résidents présentant des difficultés. De nombreux résidents ont besoin d'aide soit pour se déplacer jusqu'à la salle de repas, soit pour manger. D'autres ont besoin d'encouragement pour terminer leur assiette. Dans certains cas d'alimentation difficile, le choix de la voie d'alimentation la plus appropriée fera l'objet d'une décision médicale. Le nombre de membres du personnel présent est évidemment un facteur qui limite souvent la quantité ou la qualité de l'aide fournie. Il est donc important de veiller à ce qu'un maximum de personnes soient présentes pour participer aux repas.

Le médecin, l'infirmier(ère) en chef, les aides-soignant(e)s, les infirmier(ère)s, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le personnel de cuisine ont évidemment une responsabilité partagée à assumer en matière de suivi alimentaire de la personne âgée[6]. Par exemple, la personne qui distribue les repas dans les chambres est souvent l'aide-soignant(e). Elle peut constater que le résident a mangé ou non et le signaler le cas échéant. Le personnel qui débarrasse les tables dans la salle à manger est également chargé de vérifier la quantité de nourriture absorbée par chaque résident et pourra attirer l'attention des soignants s'il remarque que les prises alimentaires de l'un d'eux diminuent. Leur rôle est donc essentiel. Sa reconnaissance comme tel contribuera à valoriser un travail parfois ingrat.

[6] Source : Brisson S. Quel rôle pour les prestataires ? **Health Forum**, septembre 2011



LA DÉNUTRITION,
UN DÉFI MAJEUR

LA DÉNUTRITION, UN DÉFI MAJEUR

La dénutrition des aînés est un phénomène fréquent mais encore trop souvent oublié dans la prise en charge médicale de cette population. Elle se traduit par un apport insuffisant de nutriments et/ou d'énergie en regard des besoins vitaux et survient aussi bien chez les personnes vivant à domicile que dans des maisons de repos ou en milieu hospitalier.

Pourtant, un état nutritionnel adéquat est une condition essentielle pour le maintien de la santé, des défenses immunitaires, pour le rétablissement rapide après une maladie et le bien-être en général. Quand on aborde la question du bon état nutritionnel, c'est finalement de l'autonomie de la personne dont on parle.

Mais comment peut-on définir la dénutrition? A quelle fréquence survient-elle chez les résidents des maisons de repos ? Quels en sont les enjeux en termes de santé globale des aînés et de coûts pour la société ?

1. C'EST QUOI LA DÉNUTRITION?

Il existe de nombreuses définitions scientifiques de la dénutrition mais aucune n'est unanimement acceptée. Nous avons toutefois retenu celle que propose le Français Jean-Fabien Zazzo (*): « *La dénutrition est un état pathologique provoqué par l'inadéquation persistante entre les besoins métaboliques de l'organisme et les apports et/ou l'utilisation de ces apports, en énergie et/ou protéines et/ou micronutriments. Elle peut être liée à une réduction des apports ou à une augmentation des besoins métaboliques. Elle se caractérise par une perte de masse maigre et souvent de masse grasse (…). Elle induit des changements mesurables des fonctions corporelles physiologiques responsables d'une aggravation du pronostic des maladies.* »

Que retenir de cette définition?
Que la dénutrition peut être causée par une diminution des apports nutritionnels ou par une augmentation des dépenses ou par les deux simultanément, plus rarement par une perte ou un problème d'absorption des nutriments.

La dénutrition peut être considérée comme une compli-cation d'une pathologie - on parle alors de « dénutrition secondaire » -, mais aussi comme une maladie en soi.
Elle constitue le principal facteur pronostique de la survie ou de la diminution des capacités fonctionnelles chez le sujet âgé, en particulier en institution.

Bien souvent, plusieurs causes de cet état de carence sont présentes en même temps. Par exemple, à l'occasion d'une bronchopneumonie, l'alitement, les antibiotiques et la perte d'appétit liée à la maladie, doivent attirer l'attention. Cette situation peut entraîner un amaigrissement, causé par la réduction des apports alimentaires combinée à l'augmentation des besoins énergétiques, protéiques et en micronutriments nécessaires pour lutter contre l'infection.



(*) Source : Zazzo JF & coll; pour le groupe de formation du CNANES, France, 2006



Le vieillissement se caractérise par un changement significatif de la composition corporelle. En effet, même lorsque la personne se nourrit correctement, dès l'âge de 25 ans, on observe une perte de masse musculaire, au début imperceptible mais progressive. Vers 50 ans, les premières manifestations deviennent visibles, plus tôt pour certains, plus tard pour d'autres. Ce processus ira en augmentant avec le vieillissement. Les muscles ne se détériorent pas plus vite qu'avant mais il existe une légère diminution de la fabrication et du stockage de protéines servant habituellement à régénérer cette masse musculaire. Après des années, cela se traduit par des kilos de muscles en moins, ce qui contribue à fragiliser la personne âgée et à réduire son autonomie. Proportionnellement, même en l'absence de prise de poids, la proportion de tissus gras augmente dans le corps.

Si les apports alimentaires ne comblent pas les dépenses nutritionnelles, la personne perd du poids, notamment en mobilisant des protéines stockées et en les utilisant comme substrat énergétique. Le plus souvent, cette situation est engendrée par une diminution de la consommation alimentaire, soit brutale à l'occasion d'un problème de santé comme par exemple une grippe ou une chute, soit progressive et souvent insidieuse, soit à l'occasion d'une augmentation des besoins comme en cas d'infection chronique.

Quelle qu'en soit la raison, lors d'une dénutrition, on observe d'abord une perte de masse maigre. Par contre, il n'y a pas toujours perte de masse grasse. La dénutrition n'est donc pas d'office associée à une perte de corpulence, ce qui fait qu'elle passe parfois inaperçue. Une personne peut très bien avoir un poids normal ou au-dessus de la moyenne et être dénutrie.

UN POIDS STABLE est un indicateur d'équilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques. Il ne reflète malheureusement pas les modifications et carences métaboliques fines qui précèdent souvent la perte de poids. Une perte de poids est donc un indicateur assez tardif de la dénutrition. En corollaire, il ne suffit pas de reprendre des kilos pour ne plus être dénutri.

2. QUI EST TOUCHÉ PAR LA DÉNUTRITION?

Selon l'étude NutriAction (2008), menée dans notre pays par des associations de médecins généralistes et spécialistes, à partir de 70 ans, une personne sur 10 souffre de dénutrition.

Cette même étude NutriAction, dont l'objectif était de dépister sur l'ensemble de la Belgique la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 70 ans, essentiellement en maison de repos, a révélé que près de 6 personnes âgées sur 10, présentent un véritable risque de dénutrition.

L'étude a également permis de mettre en évidence les points suivants:

- Le risque de dénutrition semble plus élevé dans les hôpitaux et les maisons de repos qu'au domicile.
- Les femmes âgées sont plus souvent concernées que les hommes du même âge.
- La proportion de personnes dénutries augmente avec l'âge. En particulier, les personnes âgées de plus de 90 ans présentent un risque accru de dénutrition.
- Suivant leur indice de masse corporelle, près de 16% des personnes examinées présentent un état de dénutrition.

Enfin, d'après le groupe d'experts scientifiques du Plan National Nutrition Santé pour la Belgique (PNNS-B), *« la prévalence de la dénutrition varie habituellement entre 4 et 10% en ambulatoire, 20 et 62% en milieu hospitalier. Suivant l'étude de prévalence menée en mai 2007 dans plus de 80% des services de gériatrie en Belgique, 35% des personnes de plus de 75 ans étaient dénutries et 40% étaient à risque de le devenir prochainement. »* Ces chiffres montrent à quel point la dénutrition est répandue. Pourtant, dans la plupart des cas, la nourriture est présentée en quantité et en qualité satisfaisantes dans les maisons de repos ou autres établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées. La dénutrition est une problématique bien plus complexe qu'une simple question d'accès à la nourriture.

3. QUELS SONT LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA DÉNUTRITION?

Chez les aînés, la dénutrition et la diminution du poids trouvent leur source dans de nombreuses causes interdépendantes, découlant parfois l'une de l'autre et dégénérant en un cercle vicieux difficile à briser.

A) APPORTS ALIMENTAIRES DIMINUÉS

1. Causes psycho-socio-environnementales

Solitude, isolement social, mise à la retraite, deuil du conjoint, d'un membre de la famille ou d'un ami, moyens financiers réduits, hospitalisation, entrée en maison de repos et changement des habitudes de vie: tous ces événements peuvent engendrer du stress et/ou un état dépressif, se traduisant à leur tour par une perte d'appétit. Ces situations peuvent donc occasionner une perte de poids et mener à la dénutrition.

Le statut socio-économique peut également influencer de manière significative l'état nutritionnel. En effet, les personnes qui ont un niveau d'éducation et des revenus plus élevés auront tendance à disposer d'un bon état buccal, à prendre soin d'elles avec ou sans l'aide de tiers, et à rechercher une certaine qualité d'alimentation en pouvant par exemple plus facilement rétribuer quelqu'un pour les aider à faire des courses régulières. A l'inverse, les personnes au statut socio-économique plus faible et les personnes plus dépendantes ou davantage isolées seront plus susceptibles de souffrir de dénutrition.

2. Troubles bucco-dentaires

Différentes études montrent qu'il existe une relation entre une bonne hygiène de la bouche et l'état nutritionnel des personnes âgées. Rappelons que malaxer les aliments avec la salive et mastiquer constituent la première étape essentielle de la digestion. De nombreux facteurs peuvent réduire l'efficacité de cette étape.

Tout d'abord, un mauvais état bucco-dentaire (gencives ou dents abîmées, caries, perte ou absence de dents, prothèse abîmée, mal adaptée ou perdue, etc.) est la cause de difficultés de mastication qui peuvent influencer la prise alimentaire. Le port d'un dentier peut améliorer l'état nutritionnel comparativement à l'absence totale de dents mais toutes les personnes qui portent un dentier ne sont pas protégées contre les problèmes bucco-dentaires. En effet, un amaigrissement peut être à l'origine d'une inadéquation du dentier, qui devient alors source d'inconfort et de difficultés masticatoires, ce qui risque d'accentuer encore la dénutrition.

Ensuite, la sécheresse de la bouche est un trouble fréquent chez les aînés. Causée par la prise de certains médicaments ou par une déshydratation, une bouche sèche altère la capacité à goûter les aliments, ce qui modifie les choix alimentaires et peut être à l'origine d'une réduction des apports nutritionnels.

L'altération du goût et la perte d'odorat peuvent également être un frein à une alimentation suffisante. Certains médicaments peuvent en être responsables et donner par exemple un goût métallique dans la bouche, qui interfère avec le goût des aliments et diminue la prise alimentaire.

Enfin, une infection de la bouche due à certaines levures entraîne des douleurs lors de la prise alimentaire et risque donc de la limiter.

Pour le Professeur Marc Lamy, chef de service au CHU de Liège et auteur d'une thèse de doctorat sur l'influence de la santé bucco-dentaire sur l'état nutritionnel des personnes âgées dans les maisons de repos et de soins, l'influence de la santé bucco-dentaire dépasse même largement le cadre de la nutrition et touche au bien-être en général.
Son étude a démontré qu'une bouche mal traitée ou mal appareillée posait des problèmes d'efficacité masticatoire. Les personnes qui souffrent de telles difficultés sont obligées de sélectionner les aliments mous, les plus faciles à manger, qui n'ont pas forcément une valeur nutritionnelle élevée, tandis que les aliments durs, comme la viande, les légumes et fruits crus sont laissés de côté. Elles avalent les aliments tout rond ce qui provoque une mauvaise



digestion. De plus, dans les institutions, la nourriture est parfois mixée. Comme on mange aussi avec les yeux, le résultat n'est pas très alléchant. Le patient perd le plaisir de manger et se nourrit donc moins.
« De nombreuses études européennes ont révélé qu'en moyenne 60% des personnes âgées dans les institutions étaient complètement édentées, » signale Marc Lamy (*). « Parmi les 40% restants, le nombre moyen de dents était de 10. Certaines personnes édentées sans prothèse sont très heureuses. D'autres ont une ou deux prothèses mais elles ont été mal faites, elles ne savent pas s'en servir ou encore, la sous-alimentation a conduit à l'amaigrissement de la personne et la prothèse ne convient plus. »
« Etre à table est parfois le seul plaisir qui reste aux personnes âgées, » ajoute-t-il. « Si elles ont des problèmes bucco-dentaires, comme des douleurs ou une prothèse qui tient mal, elles vont éviter les repas en compagnie avec comme conséquence l'isolement progressif et la dépression. La santé bucco-dentaire a donc une influence sur le bien-être général. »

3. Troubles de la déglutition

La déglutition est un phénomène complexe impliquant des structures anatomiques et fonctionnelles (neurologiques, musculaires, osseuses...) aux niveaux cérébral, buccal, pharyngé et œsophagien. Chez la personne en bonne santé, le vieillissement n'implique pas de conséquences particulières en ce qui concerne la déglutition. Cependant, la prévalence des troubles de la déglutition augmente avec l'âge. En institution, 30 à 60% des personnes sont concernées.

De nombreuses pathologies peuvent entraîner des troubles de la déglutition : neurologiques (accident vasculaire cérébral, démences, maladie de Parkinson, etc.), localisées (cancer du pharynx ou du larynx), musculaires, sans oublier les causes psychiques ou médicamenteuses (neuroleptiques, benzodiazépines). Le début des troubles est parfois insidieux et lent, s'étendant sur plusieurs années. De plus, la personne âgée peut avoir développé des techniques compensatoires et masquer son problème à son entourage, ce qui rend le diagnostic difficile.
Les troubles de la déglutition peuvent être transitoires ou définitifs, stables ou d'aggravation progressive. Ils peuvent être révélateurs d'une maladie ou en traduire l'évolution.

Les conséquences des troubles de la déglutition peuvent être multiples. Le repas devient pénible, le patient tousse souvent et finalement l'assiette refroidit. Le patient qui craint les fausses routes s'alimente moins, ce qui aggrave la dénutrition et par là les troubles de déglutition eux-mêmes, car la dénutrition provoque une perte de force musculaire au niveau des muscles du cou. Les troubles de la déglutition peuvent aussi provoquer une déshydratation et des complications respiratoires. Ils altèrent considérablement la qualité de vie de la personne âgée (peur de s'étrangler en mangeant, allongement de la durée du repas, isolement par crainte du regard des autres).

4. Dépendance pour les actes de la vie quotidienne

On remarque que la proportion de résidents dénutris ou à risque de dénutrition croît sensiblement selon le niveau de dépendance pour l'alimentation, la mobilité, la toilette ou l'habillement, etc. Manger avec des couverts peut se révéler être un véritable challenge et la prise alimentaire s'en voit réduite.

5. Dysfonctionnement et maladies du tube digestif

Le vieillissement du tube digestif en soi n'engendre en principe pas de conséquence particulière, mis à part le fait que le tube digestif est moins tolérant lors d'une agression pathologique ou médicamenteuse. Les maladies du tube digestif peuvent être à l'origine ou précipiter une dénutrition. Par exemple, une diverticulose, fréquente chez les personnes âgées, nécessite l'adoption d'un régime alimentaire riche en fibres, c'est-à-dire principalement en céréales non raffinées, fruits et légumes. Toutefois, cette affection occasionne souvent des comportements injustifiés d'évitement de certains aliments de la part de patients. Les gastrites chroniques sont elles aussi fréquentes

*Source: Renna N., La santé buccale du senior trop souvent négligée par les soignants. **Health Forum**, Septembre 2011.

et parfois accompagnées de lésions à l'estomac qui occasionnent des douleurs plus ou moins importantes, voire même une anorexie.

6. Dépression et autres troubles psychiatriques

La dépression est fréquente chez la personne âgée. Même si elle peut présenter les mêmes caractéristiques cliniques que chez le sujet plus jeune, elle est souvent ignorée du fait de modifications associées au vieillissement (comme la diminution du sommeil ou du désir ou plus simplement de la possibilité de communiquer) et de l'intrication fréquente avec des affections somatiques. Parfois, plutôt que d'une véritable maladie, il peut s'agir d'une réaction dépressive à un événement: perte d'un proche ou d'un animal familier, arrêt progressif des contacts avec l'extérieur, déménagement, perte d'autonomie, etc..

La dépression et ses troubles associés (moins de goût pour la nourriture, moins de motivation à manger, voire un refus de s'alimenter) ont un impact sur le processus alimentaire en réduisant l'apport nutritionnel ou en modifiant le comportement alimentaire (anorexie, grignotage, boulimie, consommation d'alcool, etc.). Les personnes âgées qui en souffrent présentent un risque accru de dénutrition.

Les traitements médicamenteux contre la dépression sont eux-mêmes susceptibles de modifier la prise alimentaire. Ainsi, l'anorexie, qui peut aller jusqu'au refus complet de manger, n'est pas toujours liée à un état dépressif ; elle peut aussi être la conséquence du traitement.

7. Troubles cognitifs

Les démences comme la maladie d'Alzheimer sont à l'origine de troubles et de modifications du comportement alimentaire ainsi que d'un amaigrissement significatif du patient. Cela peut survenir à un stade quelconque de la maladie. Dès la phase précoce de la maladie, la personne manifeste un stress qui permet de compenser la perte de mémoire par augmentation de la vigilance (coping).

La majorité des études montre que la perte de poids s'amplifie au cours de la maladie, lentement et régulièrement, surtout en l'absence d'une prise en charge spécifique. Parfois, cette perte de poids précède la découverte de la maladie. La pratique clinique montre que la perte de poids s'accompagne d'un ensemble de complications (altération du système immunitaire, atrophie musculaire, chutes, fractures et perte d'autonomie) qui à leur tour alourdissent le tableau nutritionnel.
Toutefois, de telles complications peuvent être retardées si la perte de poids est dépistée et corrigée rapidement. Il est donc indispensable de préserver le statut nutritionnel du patient et de veiller à une alimentation suffisante et variée, pendant toute l'évolution de la maladie, depuis le diagnostic jusqu'à la fin de vie, en adaptant les mesures proposées à la situation clinique du patient… et de l'aidant.

Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer peuvent réduire leur consommation alimentaire par manque d'appétit, par perte du goût et de l'odorat mais aussi suite à des troubles de l'orientation temporelle (oubli de l'heure des repas) ou encore en raison d'une utilisation inappropriée des ustensiles et de l'oubli des gestes nécessaires pour s'alimenter. Souvent aussi, elles omettent tout simplement de manger. Or, elles ont justement besoin de manger davantage, car elles utilisent parfois plus d'énergie par le stress, des gestes répétitifs ou des comportements de déambulation. A cause de cette augmentation des dépenses énergétiques, les personnes concernées ont rapidement faim, même lorsqu'elles viennent de manger. Et cette faim doit être satisfaite même si elle survient en-dehors des heures des repas, ce qui demande de la flexibilité au personnel soignant des maisons de repos où le rythme des repas est bien défini. Notons également que le plaisir de manger persiste tardivement dans la maladie. Une épouse témoigne à propos de son mari qui ne la reconnaît plus depuis bien longtemps : « Je porte chaque jour des fraises à Pierre, il aime tant cela ».



8. Traitements médicamenteux au long cours

Il est normal qu'une personne âgée prenne beaucoup de médicaments :

VRAI mais…

Les aînés présentent fréquemment différents troubles liés à l'avancée en âge : hypertension, cholestérol sanguin élevé, maux d'estomac… Autant de soucis de santé qui se voient offrir une solution médicamenteuse qui n'est souvent pas sans répercussion sur la nutrition alors que paradoxalement, certains changements dans l'alimentation pourraient en réduire l'indication. La prise de nombreux médicaments est donc souvent défavorable au maintien d'un bon statut nutritionnel de la personne.
Plus leur nombre augmente, moins il est facile d'en maîtriser les interactions et effets secondaires en général et sur la nutrition en particulier. Il faudra donc que le médecin traitant et le personnel soignant y soient attentifs. Il existe par ailleurs une liste de médicaments dite « liste De Beers » qui répertorie les médicaments à éviter chez les personnes âgées au vu de leurs caractéristiques physiologiques particulières.

La plupart des personnes âgées souffrent de pathologies, chroniques ou non, qui requièrent des traitements médicamenteux. En maison de repos, près d'un résident sur deux consomme de 6 à 10 médicaments différents par jour. Ces médicaments, bien que justifiés par la maladie, peuvent avoir un effet néfaste sur l'alimentation et sur l'état nutritionnel de la personne traitée, vu leur quantité ou leurs effets secondaires.

Certains traitements du cancer et de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, provoquent des nausées, des troubles digestifs, une diminution de la production salivaire qui entrave la déglutition, une perte de l'appétit ou encore une altération de la perception du goût, autant d'éléments qui favorisent une diminution de la prise alimentaire.
Les médicaments peuvent aussi interférer avec l'absorption ou le métabolisme de certains nutriments précieux pour la santé. La prescription inappropriée et la polymédication (qui entraîne le fait de prendre de nombreux comprimés avec une gorgée d'eau par pilule), font aussi partie des facteurs de risque de la dénutrition. Lorsque le patient doit avaler de nombreux comprimés avec un verre d'eau avant même de commencer à manger, cela peut entraver son appétit, surtout si celui-ci est déjà fragilisé par ailleurs.
Enfin, l'administration de somnifères, d'anxiolytiques et de neuroleptiques compromet le statut nutritionnel des aînés. En effet, ces catégories de médicaments aggravent le risque de somnolence, augmentent ainsi le risque de perte d'équilibre et de chute avec fracture, et majorent les troubles de déglutition. Les analgésiques morphiniques, outre leurs effets sédatifs, favorisent également la constipation et peuvent induire des nausées et des vomissements s'ils sont puissants. Autant d'effets peu compatibles avec le maintien de l'autonomie et du bien-être de nos aînés.

Les répercussions des médicaments sur l'état nutritionnel traduisent des mécanismes variés :

- De nombreux médicaments interfèrent avec le goût et/ou les sensations de faim et de satiété et peuvent diminuer la prise alimentaire. Les médicaments qui se prennent avec de l'eau avant le repas contribuent à une sensation de satiété précoce, la personne perdant l'appétit si elle doit avaler plusieurs cachets avec un ou même deux verres d'eau.
- Autre type d'interaction : les médicaments du système nerveux central (somnifères, tranquillisants ou neuroleptiques) peuvent induire de la somnolence (et diminuer l'appétit s'ils sont administrés au souper) et augmenter le risque de chute. Une bonne hydratation, une période de jeûne réduite et une prise en compte des craintes des personnes pour l'avenir[1] peuvent sans doute contribuer de manière plus positive à réduire les angoisses nocturnes.

9. Régimes restrictifs

Les régimes restrictifs remis fondamentalement en cause

Pour les aînés, les raisons de suivre un régime strict (sans sucre, sans sel, pauvre en graisses…) sont peu nombreuses. Ce type de régime doit être prescrit par un médecin et motivé par de réelles raisons de santé. Le souci avec de nombreux résidents de MR/MRS n'est pas vraiment l'excès d'apport alimentaire mais plutôt le manque d'énergie et de nutriments, ce qui peut conduire à la dénutrition. Ce n'est pas pour autant que les menus ne doivent pas être équilibrés nutritionnellement, mais il n'est pas nécessaire de les alléger. Bien au contraire, il ne faut pas priver les résidents de ce qui apporte du goût aux préparations (qu'il s'agisse des corps gras ou de l'assaisonnement) afin de stimuler leur appétit.

Mettre au régime restrictif des personnes d'un âge avancé n'a plus de sens. Bien au contraire, les régimes habituellement prescrits pour des pathologies chroniques peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'état nutritionnel.

Un régime sans sel ne favorise pas la prise alimentaire car il est trop fade. Les aînés ont déjà souvent un sens du goût altéré et perçoivent moins bien les saveurs. Un plat qui manque de goût risque de ne pas stimuler leur appétit et il sera moins bien consommé qu'un mets plus relevé.

Les régimes amaigrissants ou hypocholestérolémiants seront délétères car ils suppriment souvent des aliments appréciés ou des prises alimentaires en-dehors des repas, pourtant utiles pour prévenir la dénutrition.

Un régime pour diabétique, s'il est trop strict (c'est-à-dire s'il n'apporte pas assez d'énergie), risque d'avoir le même impact qu'un régime amaigrissant. Un régime antidiabétique n'a guère de sens après 75 ans.

Enfin, un régime sans résidu au long cours peut favoriser la constipation et le développement d'une flore bactérienne intestinale délétère et pro-inflammatoire. En plus de cela, ce régime sans fibres qui ne contient pas de légumes ni de fruits ne stimule que très peu l'appétit. Un tel régime est parfois prescrit en cas de diarrhée mais il convient de changer ce type de régime le plus tôt possible, une fois que le patient est rétabli.

[1] « Le ressenti des personnes âgées à leur entrée en maison de repos ou en maison de repos et de soins » Concertation des observatoires de santé de Wallonie, Wallonie santé, 2011, n°1



B) AUGMENTATION DES BESOINS ÉNERGÉTIQUES

L'augmentation des besoins nutritionnels constitue l'autre volet des causes de dénutrition.

• Maladie

La survenue d'une maladie, qu'il s'agisse d'une affection aiguë, d'un cancer ou de la décompensation d'une patho-logie chronique, entraîne dans la plupart des cas une augmentation des besoins en énergie et en protéines.

• Intervention chirurgicale

Après une intervention chirurgicale, la cicatrisation augmente les besoins nutritionnels. La prise d'antidouleurs (bien nécessaires par ailleurs) peut induire une somnolence et une perte d'appétit. L'hospitalisation peut changer les habitudes de repas (régimes restrictifs souvent injustifiés, interruption des repas et repas sautés en raison d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques). Une intervention chirurgicale occasionne souvent une perte pondérale liée au syndrome inflammatoire, au stress opératoire, aux périodes de jeûne, aux traitements médicamenteux, à la douleur, à un syndrome confusionnel, etc. Même si la prise en charge à l'hôpital a été fortement améliorée via notamment le dépistage systématique de la dénutrition à l'admission, l'hospitalisation aggrave souvent la dénutrition. Tous les moyens doivent donc être mis en œuvre pour prévenir celle-ci, notamment au retour à la maison de repos ou au domicile.

• Escarres

Les escarres, des plaies cutanées de décubitus, résultant d'un alitement prolongé, survenant préférentiellement au niveau des hanches, des fesses ou des talons, augmentent considérablement les besoins énergétiques et protéiques.

4. QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA DÉNUTRITION ?

Impact de la dénutrition sur la santé et le bien-être

Selon sa définition la plus simple, la dénutrition consiste en un apport alimentaire inférieur aux besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, ayant des conséquences fonctionnelles fâcheuses qui affectent tous les organes, entraînent ou aggravent un état de fragilité ou de dépendance, et détériorent la qualité de vie et l'état de santé général de la personne âgée.

La perte de poids est la conséquence la plus visible de la dénutrition. Elle doit constituer un signal d'alarme absolu.
Hélène Lejeune, diététicienne et membre du Groupe des Diététiciens de Gériatrie au sein de l'Union professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française (UPDLF), est très claire là-dessus : « Une personne âgée qui perd du poids est en danger de mort. »

La perte de masse musculaire s'accompagne d'une perte de force et d'une diminution de l'autonomie. La personne se sentira affaiblie et aura besoin d'aide pour accomplir ses gestes quotidiens. Le risque de chute est considérablement accru. En cas de fracture, l'immobilisation risque à son tour d'aggraver la dénutrition.
La fatigue et l'apathie sont d'autres conséquences de la dénutrition pouvant également aggraver la situation. Les aînés dénutris et fatigués ont moins d'énergie à consacrer à leur repas et présentent plus de difficulté à finir leur assiette, surtout le soir.
Ils peuvent également présenter une perte importante d'appétit, tout comme des troubles de la concentration, de la mémoire ou de l'humeur.
Une autre conséquence néfaste de la dénutrition est l'altération du système immunitaire qu'elle occasionne. La personne dénutrie est dès lors plus vulnérable aux maladies infectieuses. Et si elle tombe malade, la guérison de la personne dénutrie sera ralentie

et celle-ci court plus de risques de développer des complications. Le risque de mortalité est accru.
La dénutrition ralentit également la cicatrisation et la guérison des plaies.

Notons encore que la plupart des conséquences énoncées ci-dessus figurent aussi parmi les causes de l'état de dénutrition et que toutes ont pour effet d'accroître encore cet état si elles ne sont pas ou mal prises en charge. Le cercle vicieux par excellence.
Pour favoriser la guérison du patient et le retour d'un état de santé et de bien-être satisfaisants, il convient dès lors d'établir une prise en charge de la conséquence conjointement avec une prise en charge de la dénutrition en elle-même.

Effets économiques de la dénutrition

En dehors de son impact sur la santé physique et mentale des personnes âgées, les effets néfastes de la dénutrition se situent également sur le plan individuel et collectif.
Parce qu'elle génère de nouvelles pathologies, qu'elle augmente les risques de complications et, de ce fait, la durée d'hospitalisation, la dénutrition engendre un surcoût financier considérable, bien que difficile à évaluer (allant de 20 à 300 % selon les études), pour le patient et la société, via le secteur des soins de santé. En Belgique, on estime que la dénutrition engendre un surcoût de 400 millions d'euros par an[2].

5. CONCLUSION

Associée à un état d'instabilité physiologique exposant à un risque majeur de décompensation fonctionnelle et souvent à des phénomènes en cascades, source de perte d'autonomie, de nouvelles pathologies ou de décès, la dénutrition dans la population âgée représente un défi majeur, en particulier pour les professionnels de la santé dans les hôpitaux et les maisons de repos. Il est très important de la déceler et de la traiter précocement car elle peut ainsi être soignée très efficacement et cela permet d'éviter que ne s'installe le cercle vicieux « dénutrition-pathologies-dénutrition ».

Comment s'assurer qu'une personne âgée mange suffisamment pour couvrir les besoins du corps en énergie et protéines ? Il existe de nombreux paramètres dont il faut tenir compte. Une consommation variée, équilibrée et en quantité suffisante permet de préserver un bon état de santé et de qualité de vie, voire de prolonger la capacité d'autonomie des aînés et de diminuer le risque de mortalité. Une prise alimentaire adéquate est d'ailleurs décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un droit fondamental et la pierre angulaire de la santé de tout individu. L'importance de l'accompagnement de la personne âgée doit également être soulignée, car on sait qu'une personne accompagnée lors de ses repas mange mieux qu'une personne isolée. Toutes les solutions ne se retrouvent pas que dans l'assiette, et c'est bien tout le défi de cette problématique !

[2] Extrait du rapport final du projet-STAVO - Stratégie pour l'approche transmurale de la problématique alimentaire chez les personnes âgées (SPF, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement).



COMMENT AMÉLIORER L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES SENIORS RÉSIDANT EN MAISON DE REPOS OU EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS ?

Dans le plan opérationnel du Plan National Nutrition Santé (PNNS-B), un groupe d'experts a rédigé une charte nutritionnelle dont l'application permettra aux maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS), d'obtenir un label régional « Qualité-Nutrition ». Cette charte alimentaire et nutritionnelle s'intègre à terme dans la législation communautaire, régionale et fédérale. Sept dispositions pratiques ont été établies et serviront de base à une inscription volontaire des maisons de repos dans cette démarche « Qualité-Nutrition ».

Actuellement, le principe de la charte est que celle-ci soit adoptée librement par les maisons de repos et maisons de repos et soins, indépendamment de normes obligatoires. Cette charte a été finalisée et publiée et le service public de Wallonie s'est engagé à la tester. Un test de faisabilité conçu par le Service Public de Wallonie et mis en œuvre par l'Union Professionnelle des diplômés en Diététique de Langue Française, a été mené de juillet à décembre 2011 dans six MR et MRS de Wallonie.

Voici la charte telle qu'elle a été redéfinie par le test. Certains éléments ont été affinés et nuancés pour prendre en compte les charges de travail compatibles avec les ressources actuellement déployées. Sur cette base, chaque maison de repos et maison de repos et de soins (MR/MRS) pourra élaborer son propre projet nutritionnel. Après avoir effectué un bilan de la situation de départ, ce plan d'action sera mis en place et accompagné d'un suivi dans le cadre du PWNS-be-A.
L'avancement du projet de chaque établissement pourra se mesurer à l'aide d'indicateurs laissés au libre choix de chaque MR/MRS en fonction des objectifs qu'elle s'est fixées au moment de s'inscrire dans la charte.

Les recommandations présentées dans ce chapitre ne doivent pas faire oublier les droits de la personne âgée: droit de se laisser peser, droit de manger, de préférer telle ou telle chose... En bref, droit de décider pour elle-même ce qui lui convient.

DISPOSITIONS PRATIQUES DE LA DE REPOS (MR) ET EN MAISON DE

Pour les maisons de repos et maisons de repos et de soins qui souhaitent adhérer à la Charte Qualité-Nutrition, remplir ces dispositions pratiques permettra de veiller au meilleur état nutritionnel possible des aînés qui y résident.

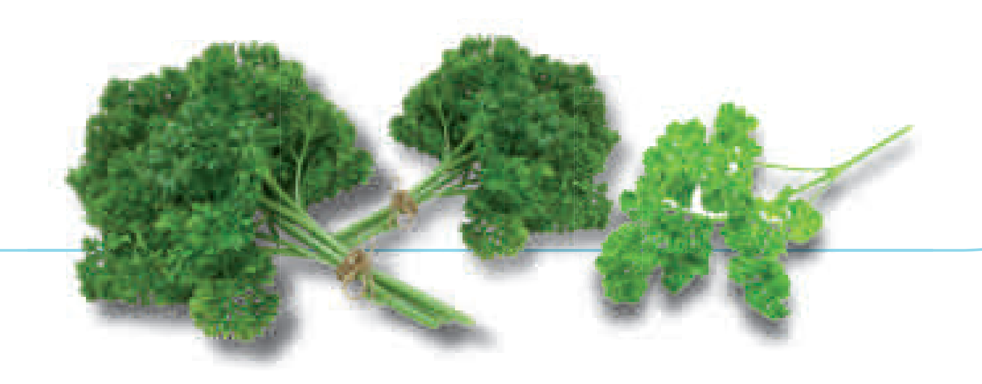
1. METTRE EN PLACE DES PROCÉDURES DE DÉPISTAGE ET DE SUIVI DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Dépister la dénutrition le plus tôt possible est un facteur de succès pour la corriger de manière efficace. En effet, quand un résident souffre de dénutrition, il est très important de prendre celui-ci en charge rapidement et de suivre l'évolution de son état nutritionnel de près afin de vérifier l'efficacité des interventions mises en place. Un grand soin a donc été accordé à la mise au point de procédures de dépistage efficaces pouvant être appliquées le plus simplement possible afin de limiter la charge de travail qu'elles occasionnent. Par ailleurs, le maintien d'un bon état nutritionnel chez les aînés contribue au maintien de leur autonomie et réduit dès lors la charge de travail du personnel soignant et aidant. C'est donc le bien-être de tous les acteurs concernés qui est visé par l'adoption de la charte.

Le premier objectif est de dépister la dénutrition et d'évaluer l'état nutritionnel, à l'aide d'outils simples, rapides, pratiques à mettre en œuvre, efficients et raisonnables en termes de tâches pour le personnel de soins.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Avant même de parler de dépistage ou de suivi de la dénutrition, l'état de santé global des résidents en MR/MRS fait l'objet d'un suivi régulier dans le dossier



médical du résident. La Charte Qualité-Nutrition propose que ce suivi global comprenne également un suivi de l'état bucco-dentaire, effectué à raison de deux fois par an par un dentiste, ainsi qu'une pesée mensuelle des résidents. Le poids de chaque résident sera inscrit sur un graphique individuel inséré dans le dossier infirmier afin d'en repérer facilement toute modification. Pour adhérer à la charte, les MR/MRS veilleront à la disponibilité du personnel soignant nécessaire au dépistage et au suivi.

Dépistage de la dénutrition

Le test de faisabilité a permis de proposer la démarche suivante afin de dépister un état de dénutrition ou une situation à risque.

A l'admission

Plusieurs données seront collectées à l'admission du résident. De manière générale, chaque MR/MRS est invitée à détailler son protocole de mesure de la taille et du poids et de le porter à la connaissance du personnel chargé de ces tâches. Les références de la charte pour qualifier l'état nutritionnel d'un aîné en maison de repos sont l'enregistrement régulier du poids, le MNA et une confirmation éventuelle de la dénutrition par un outil comme le SGA.

• Mesure du poids

Le poids du résident doit être mesuré systématiquement dans des conditions similaires afin que les différentes mesures puissent être comparées et refléter le plus fidèlement possible l'évolution du poids de la personne. Avec son accord, elle sera donc pesée au même moment de la journée et vêtue de manière semblable d'une fois à l'autre. Par ailleurs, la balance utilisée sera tarée régulièrement afin de s'assurer de l'exactitude de la mesure fournie. La personne effectuant les pesées s'identifiera et autant que possible, réalisera la pesée des mêmes résidents. Si le résident est équipé d'une sonde ou d'un appareillage non amovible, il faudra en tenir compte lors de l'interprétation des différentes pesées. Hormis des situations extrêmes, il faut avoir un suivi rétrospectif du poids pour utiliser ce seul critère afin de dépister une dénutrition.

• Mesure de la taille

Le résident sera mesuré à l'admission à l'aide d'une toise. Si le résident éprouve des difficultés à se tenir droit ou ne peut pas se tenir debout, une possibilité est de prendre la mesure genou-talon et d'évaluer la taille du résident d'après cette mesure, à l'aide d'une abaque. La récolte de cette donnée est donc possible en toutes circonstances*.

QU'EST-CE QUE L'IMC, BMI OU INDICE DE QUETELET?

L'Indice de Masse Corporelle est un coefficient calculé en divisant le poids de la personne (exprimé en kilogrammes) par sa taille (exprimée en mètres) élevée au carré. Ce coefficient permet d'évaluer l'adéquation du poids par rapport à la taille et doit être interprété par rapport à des normes.

$$\frac{\textbf{Poids (kg)}}{\textbf{Taille (m)2}} = \textbf{IMC (kg/m2)}$$

Chez les adultes jeunes et d'âge moyen, un IMC considéré comme normal est compris entre 20 et 24,9. On parle de maigreur en-dessous d'un IMC de 20, de surpoids pour un IMC compris entre 25 et 29.9 et enfin d'obésité à partir d'un IMC de 30.
Attention, la composition corporelle changeant avec l'âge, ces normes ne sont plus d'application telles quelles chez les aînés. Pour ceux-ci, on estime qu'un IMC inférieur à 23 peut constituer un signe de dénutrition.

* Voir page 14 du Manuel d'utilisation du Mini Nutritional Assessment MNA - http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf

L' ÉTAT NUTRITIONNEL

D'après la taille et le poids du résident, on calculera son **indice de masse corporelle** (IMC) qui est un indicateur de corpulence. Un IMC supérieur ou égal à 23 indique généralement un état nutritionnel satisfaisant. Un IMC inférieur à 23 peut évoquer un risque de dénutrition. Toutefois, l'IMC à lui seul non plus ne suffit pas pour diagnostiquer la dénutrition. Une personne avec un IMC supérieur à 23 peut être dénutrie, de même qu'une personne avec un IMC inférieur à 23 peut être en bon état nutritionnel. Le calcul de l'IMC doit donc être couplé à l'analyse d'autres facteurs afin de procéder à une évaluation valable de l'état nutritionnel.

• Outils de dépistage de la dénutrition

On veillera à compléter avec le résident (ou sa famille) un questionnaire, le **Mini Nutritional Assessment (MNA™)**, et ce dès son admission en MR. Ce questionnaire permet de dépister la dénutrition et d'en évaluer la gravité.
Le questionnaire est composé de deux parties. La première partie peut être complétée de manière indépendante, on l'appelle alors MNA™ Short Form. Si le score obtenu à cette première partie du questionnaire est supérieur ou égal à 12, la personne présente un état nutritionnel normal. S'il est compris entre 8 et 11, on estime que la personne présente un risque de dénutrition. Enfin, un score au MNA™ inférieur ou égal à 7 signale la présence d'une dénutrition avérée.

Qu'est-ce que le MNA™ ?

Le MNA™ est un questionnaire permettant le dépistage de la dénutrition. Il est conçu pour être appliqué de manière rapide et aisée. Sa première partie se compose de six questions fermées relatives à la présence d'une perte d'appétit, d'une perte de poids récente, d'un problème de mobilité, la survenue de maladie ou de stress, l'existence de problèmes neurologiques. Le questionnaire se termine par le relevé de l'IMC de la personne, raison pour laquelle ces notions sont présentées ci-dessus.
Un score est ensuite calculé à partir des différentes réponses. S'il est inférieur à 12, il est recommandé de compléter la deuxième partie du test qui permettra de mettre en évidence un risque de dénutrition ou une dénutrition avérée.

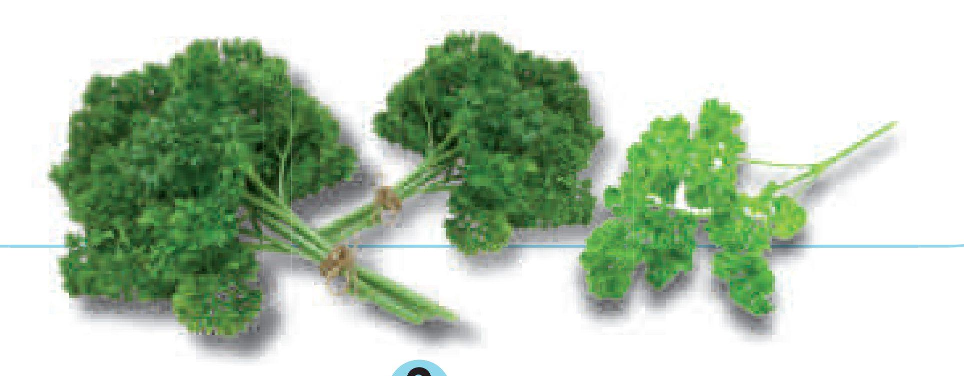
http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_french.pdf

Si la procédure de dépistage décrite ci-dessus identifie un risque de dénutrition ou une dénutrition avérée, le texte de la charte prévoit qu'un médecin, un infirmier ou un diététicien effectue ensuite le Subjective Global Assessment (SGA™). Ce test vise à affiner l'évaluation de l'état nutritionnel de la personne, en se basant sur l'historique du patient ainsi que sur un examen clinique. Toutefois, le test de faisabilité réalisé en 2011 a révélé qu'il ne fallait pas donner au SGA™ de caractère obligatoire pour confirmer une dénutrition. Dans le cadre de l'inscription à la charte, la liberté sera donnée aux établissements d'utiliser le MNA complet ou le SGA™.
Le SGA™ est donc un outil d'évaluation facultatif et son utilisation est laissée à l'appréciation du médecin traitant, qui pourra l'appliquer s'il souhaite confirmer ou affiner son diagnostic de dénutrition du patient.

Le MNA™ sera également complété lors d'une perte de poids supérieure à 5% en un mois et/ou supérieure à 10% en six mois. Il sera aussi réalisé sur ordonnance médicale ou encore lors du transfert du résident dans une autre institution ou à l'hôpital.

PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Le test de faisabilité révèle que le suivi à mettre en place devra être adapté en fonction du résultat du dépistage de la dénutrition et du plan de soins personnalisé du résident.
Si la personne ne présente **pas de risque de dénutrition** (score MNA™ short form ≥12 ou score MNA™ > 23), il conviendra de lui réserver un suivi de routine, une surveillance tels que décrits dans les pré-requis (incluant une pesée mensuelle et un examen bucco-dentaire à effectuer tous les six mois), associés à une évaluation de son état nutritionnel à l'aide du MNA™ tous les 6 mois.
Si la personne présente un **risque de dénutrition**



(score MNA™ short form de 8 à 11 ou score MNA™ de 18 à 23), il est recommandé de la peser tous les 15 jours avec réalisation du MNA™ tous les 3 mois. Cette surveillance devra permettre un suivi plus rapproché de la courbe pondérale et la mise en place d'une prise en charge nutritionnelle appelée aussi « support nutritionnel précoce ».
Le médecin traitant doit être averti par l'infirmier de la variation de l'état nutritionnel de son patient lors de sa visite ultérieure.
Enfin, si la personne présente une **dénutrition avérée** (score MNA™ short form ≤7 ou score MNA™ ≤17), la pesée est recommandée toutes les semaines avec réalisation du MNA™ tous les 3 mois. Ceci devra être accompagné d'une recherche de la cause de la dénutrition et d'une prise en charge nutritionnelle personnalisée du patient en plus de l'application de la stratégie globale de l'établissement, en fonction de la décision prise en concertation de manière pluridisciplinaire entre le médecin traitant, l'infirmier et le diététicien. La mise au point des déterminants de la dénutrition incombe naturellement au médecin traitant lorsque l'évolution de son patient le requiert.

L'alimentation entérale

Il se peut que malgré l'enrichissement des plats, l'adoption d'une texture adaptée si nécessaire et l'ajout de suppléments nutritionnels oraux, un résident dénutri présente une alimentation orale insuffisante. Dans ce cas, il faut examiner la possibilité de recourir à une alimentation entérale par sonde en fonction d'un plan de soins personnalisé du résident. Ce type d'alimentation permet d'apporter de l'énergie et des protéines tout en maintenant la possibilité d'une alimentation classique par voie orale. L'alimentation entérale peut être administrée par sonde naso-gastrique ou par sonde de gastrostomie. Cette dernière est plutôt envisagée s'il est nécessaire de maintenir la sonde en place pendant une longue durée (4 semaines ou plus) et est placée en milieu hospitalier.
Cette solution représente incontestablement une qualité de vie compromise de sorte qu'elle doit être soigneusement discutée avant d'être préconisée.

2. PRÉSENCE D'UN RESPONSABLE « QUALITÉ-NUTRITION »

Autant que possible, pour adhérer à la charte, les MR/MRS devront s'assurer de la présence dans leur établissement d'une personne assurant le rôle de responsable Qualité-Nutrition. La charte prévoit que cette personne soit en possession du diplôme de bachelier en diététique. Le diététicien possède des compétences qui peuvent apporter une réelle valeur ajoutée au Plan wallon Nutrition Santé dans les MR/MRS. Le temps de travail de celui-ci devrait être proportionnel à la taille de l'institution, c'est-à-dire au nombre de résidents. Idéalement, il serait également judicieux d'adapter le temps de travail du diététicien en fonction du nombre de lits MRS dans la maison de repos, ceux-ci demandant généralement un suivi plus rapproché que les personnes âgées autonomes.

Les rôles du responsable Qualité -Nutrition sont variés : il veillera à la bonne application de la charte par l'institution, à la qualité de l'alimentation, à un rythme de repas adéquat et au respect de règles d'hygiène alimentaire. Le responsable Qualité-Nutrition participera également à la planification des menus pour les repas des résidents, aux achats des aliments et des éventuels suppléments nutritionnels oraux. Enfin, et ce point est d'une grande importance, le responsable Qualité-Nutrition collaborera avec le médecin traitant, le médecin coordinateur et l'équipe soignante, afin d'effectuer le suivi nutritionnel des résidents à risque ou en état de dénutrition.

Bon nombre d'établissements optent pour un engagement à temps partiel d'un diététicien, ce qui pose la question de la qualité du suivi et de la communication au sein de l'équipe. Pour assurer la continuité de la stratégie nutritionnelle, il peut parfois être utile d'utiliser un cahier de communication destiné au diététicien, ou de désigner un référent qui pourra recueillir certaines informations lorsque le diététicien n'est pas présent. Si un référent nutrition est présent, il est souhaitable qu'il bénéficie du suivi à distance d'un diététicien.
Le diététicien lorsqu'il existe au sein de la MR/MRS, est le principal animateur du plan opérationnel de la maison de repos. A ce titre, au profit du CLAN (voir

ci-après), il procèdera à l'enregistrement des éléments objectifs permettant de vérifier l'avancée du projet de la maison de repos (indicateurs objectivement vérifiables).

3. MISE EN PLACE D'UN « COMITÉ DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION » (CLAN)

Constitution du CLAN

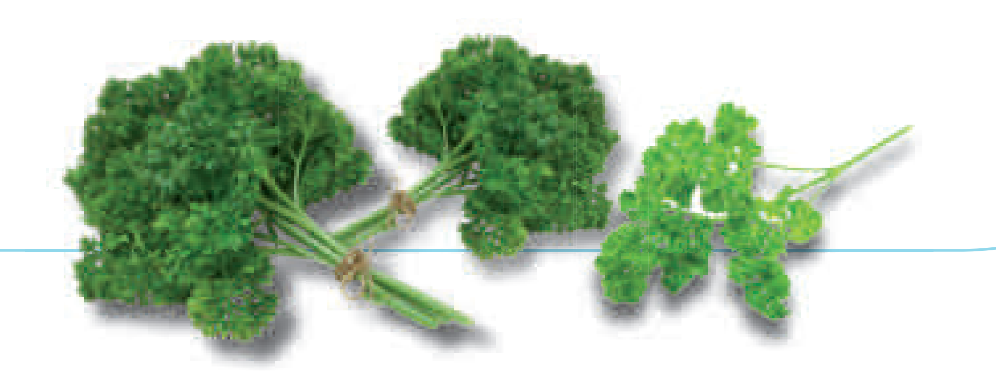
L'adhésion à la charte Qualité-Nutrition demande la mise sur pied d'un Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN). Ce comité élabore son propre règlement d'ordre intérieur qui doit être validé par le pouvoir organisateur de la maison de repos. Il sera constitué des professionnels impliqués d'une manière ou d'une autre dans l'alimentation des résidents : cuisinier, diététicien, personnel soignant (infirmiers et aides-soignants), médecin, logopède, kinési-thérapeute, ergothérapeute… En fonction du type de décision à prendre, on veillera toutefois à ce que soient présents en priorité les acteurs les plus compétents sur la question. Par exemple, décider d'une formation à dispenser au personnel de cuisine se fera en présence du cuisinier.
Si l'établissement héberge plus de 70 résidents, il possèdera son propre CLAN. Pour de plus petits établissements, un regroupement pourra être autorisé à condition d'obtenir l'accord de l'instance certificatrice de la charte.

Rôles du CLAN

Le Clan sert avant tout à articuler deux aspects : la qualité gastronomique et la qualité nutritionnelle. On y cherchera les meilleurs compromis entre cuisine et diététique sans oublier les contraintes relatives à l'hygiène.
Le CLAN définira, mettra en œuvre et fera le suivi du plan de la MR/MRS dans le domaine qualité-nutrition. Il garantira que les informations relatives à la nutrition circulent de manière efficace entre les différents acteurs concernés, y compris les acteurs externes à l'établissement s'il y en a, comme le médecin traitant par exemple. C'est au sein du CLAN que seront validés les protocoles à suivre en matière de dépistage de la dénutrition et de suivi des résidents dénutris, ainsi que la prise en charge nutritionnelle à adopter, en fonction des situations et des pathologies. On y discutera aussi des dispositions à prendre en termes de sensibilisation, d'information et éventuellement de formation des personnels soignant et de cuisine aux différents aspects de l'alimentation des aînés résidant en MR/MRS. Enfin, le diététicien soumettra pour information au CLAN les indicateurs définis dans le plan opérationnel mis au point dans la maison de repos.
Il s'appuiera pour cela sur quelques statistiques mensuelles relatives à l'état nutritionnel des résidents. Pour le suivi de son projet d'établissement, la MR/MRS pourra entre autres s'inspirer des indicateurs qualité du RAI (Resident Assessment Instrument), fournis en annexe à titre indicatif.

Données à examiner par le CLAN, à titre indicatif

- Nombre de MNA™ effectués sur l'année par résident
- Statut nutritionnel des résidents (bon état nutritionnel, risque de dénutrition ou dénutrition avérée)
- Nombre de résidents ayant changé de statut nutritionnel (amélioration ou détérioration de l'état nutritionnel)
- Nombre de résidents bénéficiant d'un plan individuel de réhabilitation nutritionnelle validé par un médecin
- Nombre de résidents ayant bénéficié de suppléments nutritionnels oraux plus d'un mois par an
- Nombre de pesées effectuées sur l'année par résident
- Nombre de résidents avec alimentation entérale (par sonde naso-gastrique ou par gastrostomie)
- Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés par un dentiste, par an et par résident



Modalités pratiques

En pratique, le CLAN fixe lui-même la fréquence de ses réunions, mais il devra se réunir au minimum quatre fois par an. Les réunions du comité seront probablement plus fréquentes lors de l'implémentation de la charte Qualité-Nutrition par le biais du plan opérationnel de l'établissement et puis s'espaceront en fonction des besoins. Le diététicien en assure les tâches administratives. Chaque réunion suivra un ordre du jour pré-établi et fera ensuite l'objet d'un compte-rendu transmis à l'ensemble des membres. Le CLAN propose un plan opérationnel au gestionnaire qui devra l'examiner et le validera.

4. CRÉER UN ENVIRONNEMENT AGRÉABLE ET UNE ATMOSPHÈRE FAVORABLE LORS DES REPAS

Offrir un cadre agréable et convivial

Le repas doit être un moment privilégié qui se déroule dans un environnement calme et apaisant. Ce moment doit être accompagné et encadré pour permettre à chacun de manger à son rythme.

« *Vivre et manger dans une atmosphère calme et détendue est également très important. Il arrive que des résidents soient plus énervés pendant certains repas ; ils mangent alors moins bien et quittent rapidement la table.* »
Gonzague Couture, infirmier.

Manger à la salle à manger ou manger en chambre ? La convivialité du repas pris en commun est importante et à encourager, mais cela peut aussi représenter un obstacle pour certains résidents. A chaque institution d'adapter son offre pour qu'elle soit attractive et réponde aux besoins des résidents : aménagement de la salle à manger, repas à thèmes, repas de fête, repas associant les familles… Ce sont autant de moments privilégiés qui valorisent la maison de repos comme lieu de vie et d'échanges.

« *Le fait de rassembler le plus de résidents possible dans le restaurant facilite la prise en charge : le personnel peut facilement aller d'une personne à l'autre en fonction des besoins. Les familles peuvent aussi venir aider au moment des repas et/ou prendre un verre, nous sommes ouverts à cela. Nous avons d'ailleurs de nombreux contacts avec les familles. Le fait d'être réunis dans le restaurant permet également de passer entre les tables, de parler aux personnes. Parfois, on met de la musique. C'est important. J'appelle le restaurant « la place du village » car il est entouré de la cuisine, du local infirmier et des salons. Il y a donc un contact permanent avec tout le monde. Il y a aussi un jardin avec terrasse. C'est très convivial.* » Viviane Scoyez, directrice.

Garantir la présence de personnel suffisant à chaque repas

Ce critère est capital, car c'est un maillon sensible de la chaîne : si la personne n'a pas la possibilité de manger et qu'aucune aide n'est disponible, alors la prise en charge décrite dans la Charte « Qualité-Nutrition », est vouée à l'échec. S'il est difficile d'augmenter les quotas de personnel pour ce poste, on peut suggérer au gestionnaire que l'ensemble du personnel soit présent aux repas et aussi lui proposer de répartir le personnel durant la journée, week-end et jours fériés de sorte que celui-ci ne soit pas en sous-effectif au moment des repas.
Il est important de mener une réflexion interne relative à l'horaire des repas et au nombre d'aidants aux heures les plus propices à une alimentation équilibrée et à des intervalles raisonnables pour la digestion.
« *Il est nécessaire d'avoir suffisamment de personnel pour une bonne prise en charge au moment des repas. Une partie importante des résidents reçoit des soins le matin, puis il faut assurer une présence aux repas de midi et du soir. Or, les normes du personnel sont trop restrictives et nous devons sans cesse jongler avec le personnel pour assurer une présence suffisante auprès des aînés.* »
Viviane Scoyez, directrice.

L' ÉTAT NUTRITIONNEL

Garantir la disponibilité d'un matériel approprié pour aider les personnes âgées à manger et à boire et veiller à l'installation du résident

Un nombre important de résidents sont dépendants en maison de repos et de soins. Des adaptations et des aides techniques doivent donc être proposées en fonction de leurs difficultés : des verres adaptés pour les personnes qui ont des troubles de la déglutition, du matériel incassable pour les personnes qui tremblent, des protections…
Il y a également tout un travail sur la texture des aliments qui doit être réfléchi, comme par exemple épaissir les liquides pour les personnes qui souffrent de troubles de la déglutition.
L'installation du patient est primordiale en veillant à une bonne posture (afin de limiter les troubles de déglutition) et au déclin sensoriel fréquent à ces âges avancés (lunettes, appareillage auditif, prothèses dentaires adaptées).

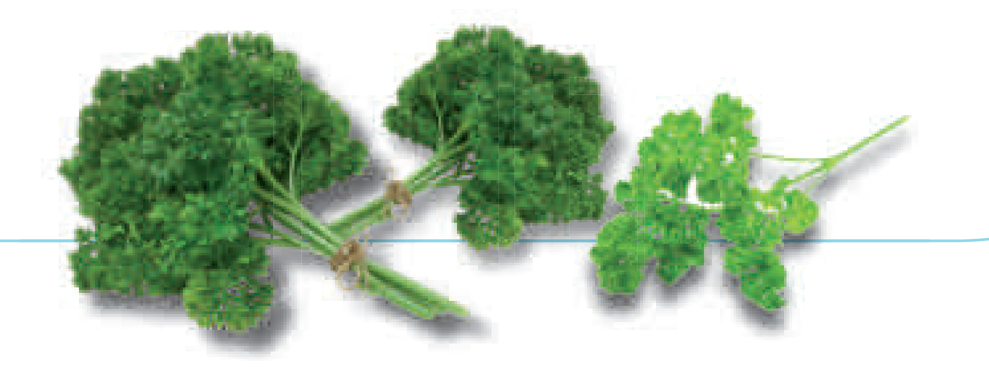
« *Mon projet principal concerne les aides techniques, par exemple, des rebords d'assiette, des gobelets et des couverts adaptés. C'est ce qui manquait ici et nous allons le mettre en place. La commande est faite et je crois que cela va bien fonctionner. Je vais avoir un entretien sur ce sujet avec l'équipe de cuisine. J'en ai déjà parlé aux aides-soignants, qui sont d'accord de m'accompagner dans cette démarche. Par conséquent, nous allons constituer un petit groupe avec des infirmières et des référents, deux aides-soignants par étage, qui seront chargés de stimuler leurs collègues. Des réunions sont prévues au cours desquelles je pourrai expliquer à chaque membre de ce petit groupe le fonctionnement des aides techniques pour qu'ils sachent de quoi on parle et pour que le projet, sur lequel j'ai planché pendant une année, soit réellement implémenté. Par la suite, ces réunions nous permettront de procéder à des évaluations.* »
Corinne Gosin, ergothérapeute.

Proposer des heures de repas respectant le rythme et les besoins nutritionnels des personnes âgées

L'horaire des repas doit être réparti sur la journée de façon à permettre aux personnes âgées d'avoir un apport alimentaire équilibré. Trop souvent le repas du soir est proposé en fin d'après-midi (trop tôt) et le petit-déjeuner après les toilettes, lorsque la matinée est déjà bien entamée (trop tard). Cette situation engendre un jeûne nocturne excessif et un manque d'appétit à l'un ou l'autre repas (dîner et souper) parce que trop rapproché du repas précédent. Le jeûne nocturne devrait idéalement être inférieur à 12 heures, c'est-à-dire que moins de 12 heures doivent séparer le début du repas du soir et le début du petit-déjeuner. Si on peut tolérer un jeûne nocturne un peu plus long pour les résidents en bon état nutritionnel, il conviendra de le limiter autant que possible à 12 heures pour les résidents dénutris en leur proposant une collation en soirée, comme un entremets lacté, une tartine. Cela pourrait aussi être un moment adéquat pour leur proposer un supplément nutritionnel oral, s'il leur en est prescrit un.

Etablir un rythme de repas adéquat représente un défi pour les MR/MRS car l'organisation et les heures de repas sont directement liées aux horaires et à la disponibilité du personnel soignant.

« *La charte a permis de restructurer certaines choses. On a réorganisé le service. On s'est, par exemple, rendu compte que les résidents déjeunaient trop tard.* »
Viviane Scoyer, directrice.



5.

GARANTIR L'ACCÈS À UNE ALIMENTATION SAINE ET ÉQUILIBRÉE

Les critères décrits sous ce point sont des critères minimaux auxquels la MR/MRS doit répondre pour adhérer à la Charte Qualité-Nutrition.

- OFFRIR SUFFISAMMENT DE CHOIX

Il faut offrir suffisamment de choix et de diversité aux repas: au minimum 2 suggestions de petit-déjeuner, 2 offres de repas de midi, 3 propositions pour le repas du soir et 3 pour les collations. De plus, un même menu alternatif ne devrait pas être proposé plus de deux fois sur la même semaine, afin d'éviter que la personne qui ne souhaite pas consommer le menu proposé se retrouve toujours avec le même plat de remplacement. Par exemple, la compote de pommes ne peut pas être proposée systématiquement comme remplacement du légume de midi en cas d'aversion.
Il faut également veiller à ce que les différents choix proposés soient de qualité nutritionnelle équivalente aux mets prévus dans le menu standard. Par exemple, s'il est proposé du fromage en remplacement de la charcuterie, cela convient, car un aliment source de protéines est remplacé par un autre apportant des protéines également. Ce ne sera pas le cas si on propose une garniture sucrée pour le pain en remplacement de charcuterie.
Il conviendra également de proposer un repas du soir suffisamment complet, c'est-à-dire qu'il soit composé d'un féculent, d'une source de protéines et d'une portion de légumes, éventuellement sous forme de potage.
Enfin, il s'agit donc d'élaborer les menus en tenant compte des directives nutritionnelles telles que décrites précédemment tout en assurant une variété qui stimulera l'appétit des résidents (en jouant sur la présentation, la couleur, la diversité des aliments…). Inutile de dire que la consultation des résidents eux-mêmes sur ce qu'ils attendent de la cuisine est une importante source de bien-être pour les principaux intéressés.

« *Chaque jour, nous donnons aux résidents la possibilité de choisir entre deux menus. Après des années, nous connaissons leurs habitudes alimentaires : nous savons qui n'aime pas les haricots, qui souhaite de la viande coupée, moulue…* » Pino Sollima, chef cuisinier.

« *Je remarque qu'il est important de varier les repas. Même si on donne des gâteaux différents pendant plusieurs jours, les résidents finissent par avoir l'impression de manger toujours la même chose et ils n'en veulent plus. C'est pareil pour la charcuterie.* » Gonzague Couture, infirmier.

- RESPECTER LES HABITUDES ALIMENTAIRES ET LES PRÉFÉRENCES DES PERSONNES ÂGÉES

L'entrée en MR/MRS perturbe les aînés, d'autant plus si elle se passe dans l'urgence, après une chute ou une hospitalisation. Dès lors, il est bien que les personnes conservent un maximum de repères familiers : nature des plats servis (les aînés apprécient de manger souvent des pommes de terre, par exemple), associations d'aliments, présentation et horaire des repas. Il faut laisser une place pour les produits frais et tenir compte des offres de saison. La congélation, l'irradiation, etc. modifient à la fois la saveurs des aliments mais aussi leur potentiel anti-oxydant et la conservation de certaines vitamines. Ces éléments peuvent faire l'objet d'une discussion au sein du conseil des résidents car les habitudes évoluent et peuvent par exemple différer d'une région à l'autre.

« *Le petit-déjeuner se passe vraiment dans une atmosphère conviviale. Les résidents peuvent choisir ce qu'ils mangent. En semaine, nous leur proposons un buffet. Les tables sont installées avec un petit set de table, une planche et des couverts. Nous leur apportons un plateau sur lequel il y a du café ou du cacao et du jus d'orange. Il y a aussi des petits pots en porcelaine avec différentes sortes de confitures, du choco, du miel, du sirop, des petites portions de fromage, du beurre, etc. Cela leur rappelle les petits-déjeuners qu'ils prenaient chez eux, quand ils installaient tout sur la table et pas seulement une assiette avec deux tartines déjà garnies.*
Nous avons un projet du même style pour le souper. Nous aimerions que toute la nourriture soit à table, à leur disposition et qu'ils aient un accès plus facile. » Corinne Gosin, ergothérapeute.

- METTRE À DISPOSITION DES RATIONS ALIMENTAIRES INDIVIDUELLES ADAPTÉES AUX GOÛTS ET PRÉFÉRENCES DE LA PERSONNE ÂGÉE AFIN QUE CHAQUE PERSONNE ÂGÉE PUISSE BÉNÉFICIER D'UN APPORT ADÉQUAT PERSONNALISÉ

« *Il y a quelques années, il y avait ici une dame à qui on ne donnait que très peu de temps à vivre. Elle était sans famille, seule une voisine lui rendait visite. Elle se laissait aller. Je me suis beaucoup intéressé à cette personne, j'ai beaucoup discuté avec elle. Nous avons établi un suivi nutritionnel et l'avons alimentée en tenant compte de ce qu'elle aimait manger. Nous l'avons vue revivre. Elle va très bien. Elle aura bientôt 96 ans et aujourd'hui encore, elle me remerciait pour les soins que nous lui avons donnés.* » Pino Sollima, chef cuisinier.

Pour respecter les habitudes alimentaires et les goûts des résidents, il faut les connaître. L'entrée en maison de repos est un moment clé pour découvrir et consigner les préférences de la personne âgée. Plus tard, on prendra soin de compléter régulièrement les informations récoltées à ce moment car elles peuvent être lacunaires et les goûts des résidents peuvent évoluer. Des outils existent :
- La fiche de goûts reprend les aliments que la personne âgée aime et n'aime pas, et est destinée à tenir compte de l'évolution des goûts du résident. Toute modification du goût d'un résident sera notée sur la fiche de départ. Par ailleurs, ces fiches sont précieuses dans la mesure où une personne devenue démente ne peut plus exprimer ses goûts de manière compréhensible pour les autres. Voir en annexe.
- Le carnet reprenant l'histoire de vie de la personne. Des questions sont posées au résident sur sa vie avant qu'il n'entre dans la maison de repos, notamment sur ce qu'il aimait ou qu'il n'aimait pas manger, s'il préférait le salé ou le sucré. Ce document s'avère très utile pour les personnes désorientées qui n'arrivent plus à s'exprimer, à raconter ce qu'elles aiment réellement.

- OFFRIR DES MENUS ET REPAS COMPOSÉS ET VALIDÉS À LA FOIS PAR LE DIÉTÉTICIEN ET LE CUISINIER

L'équilibre alimentaire repose sur la qualité mais aussi sur la diversité, il doit donc s'envisager non pas sur une journée mais bien sur un minimum de trois semaines de menus. Il est de la compétence du diététicien de s'assurer de l'équilibre alimentaire d'un plan de menus et du cuisinier dont c'est le métier de s'assurer de la qualité organoleptique, de la dimension gastronomique de l'alimentation.

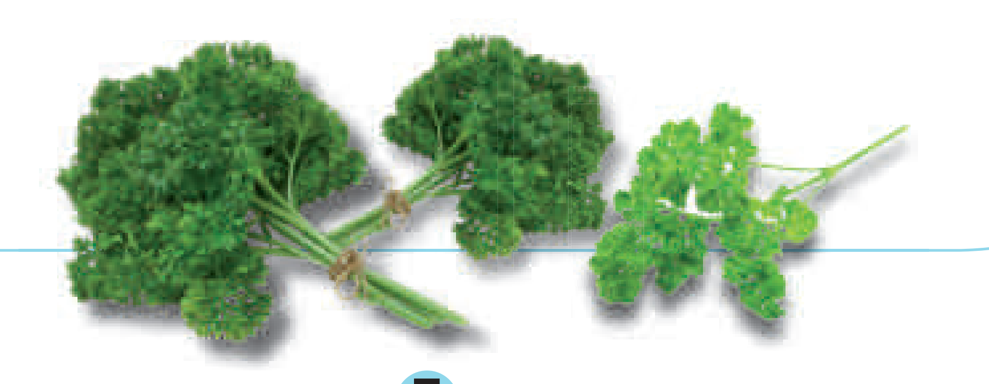
« *Dernièrement, nous avons mis en route un plan alimentaire « hiver » qui s'étend sur quatre semaines afin d'atteindre un équilibre alimentaire parfait pour nos résidents. Ce plan a été élaboré avec la diététicienne.* » Pino Sollima, chef cuisinier.

6. QUALIFICATION ET FORMATION DU PERSONNEL

Les critères décrits sous ce point sont des critères minimaux auxquels la MR/MRS doit répondre pour adhérer à la Charte Qualité-Nutrition.

A TERME, DISPOSER DE L'ACCÈS À LA PROFESSION DE RESTAURATEUR (EN COLLECTIVITÉ) POUR PROFESSIONNALISER LE MÉTIER DE CUISINIER

L'adhésion à la charte Qualité-Nutrition demande que le cuisinier de la MR/MRS soit un professionnel formé à cet effet. Même si tout le monde peut cuisiner, la cuisine en collectivité est un métier qu'il faut apprendre. Cuisiner pour des groupes de personnes nécessite la connaissance de certaines techniques et la mise en place d'une organisation spécifique. Par exemple, cuisiner pour des personnes âgées demande de maîtriser des techniques d'enrichissement de l'alimentation. On peut en effet enrichir des plats avec des aliments courants (huile, beurre, crème, fromage, œuf…) ou des produits spécifiques conçus à cet effet (riches en glucides ou en protéines). Il faut connaître les quantités que l'on peut utiliser afin de ne pas



dénaturer les plats que l'on enrichit. Les techniques de préparation des plats mixés doivent également être maîtrisées pour présenter aux résidents des repas appétissants, de bon goût et à la consistance adéquate (ni trop liquide ni trop compacte). Toutefois, pour le personnel déjà en place et n'ayant pas d'accès à la profession, la charte prévoit l'utilité de leur offrir un recyclage. Le personnel sera formé à la cuisine de collectivité et recevra également une formation de cuisine adaptée à la personne âgée.

FORMATION EN NUTRITION ET FORMATION CONTINUE DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL INTERVENANT EN MAISONS DE REPOS SUR LA PROBLÉMATIQUE DE LA (DÉ)NUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES

Les MR/MRS souhaitant adhérer à la charte se doivent de prévoir un programme de formation pour leur personnel, touchant différents points sensibles en lien avec la problématique de la dénutrition, comme par exemple l'impact de la démence, les escarres, les troubles de la déglutition, les effets secondaires des médicaments, l'alimentation en fin de vie… Autant de thèmes qui informeront le personnel plus avant sur ces problématiques et si possible mettront en lumière les points d'attention pour chaque profession. De telles formations peuvent servir à consolider un esprit d'équipe afin que chacun se sente concerné par le statut nutritionnel des résidents et sache qu'il constitue une pierre nécessaire à l'édifice.

« *Je tiens aussi à souligner l'intérêt des formations dont nous pouvons bénéficier. C'est une chance. Je peux ainsi me tenir au courant de ce qui se passe dans d'autres domaines que la kiné proprement dite. Récemment, nous avons pu suivre une formation sur les troubles de la déglutition. Nous n'étions pas moins de 22 membres du personnel à y prendre part. Ce fut une expérience vraiment très enrichissante.* » Jennifer Delobbe, kinésithérapeute.

7. PRÉSENCE D'UN SUPPORT D'INFORMATION ENTRE L'HÔPITAL, LA MR/MRS ET LE SECTEUR DES SOINS À DOMICILE POUR UN MEILLEUR SUIVI NUTRITIONNEL **PAR L'EXISTENCE D'UNE FEUILLE DE LIAISON NUTRITIONNELLE À INTÉGRER AU DOSSIER MÉDICAL POUR CHAQUE PERSONNE ÂGÉE**

Une feuille de liaison nutritionnelle doit accompagner le résident lors de son transfert vers un hôpital ou une autre institution surtout s'il est dénutri ou à risque. Ce document se révèle d'une utilité précieuse car il permet de faire circuler les informations nécessaires à la prise en charge de la personne. Ce document doit être établi sous forme d'une procédure systématique dans les MR/MRS afin de remplir la fonction espérée.

« (…) *la communication devrait être améliorée lorsque les résidents sont hospitalisés. Nous essayons de mettre en place des outils de liaison entre les maisons de repos et le milieu hospitalier mais ce n'est pas encore au point. Par exemple, une dame - une centenaire qui avait une alimentation bien particulière - a été hospitalisée pour une suspicion de fracture. Au moment du transfert, nous avons fait la liaison pour les soins, les traitements, etc. De mon côté, je me suis occupée de la feuille de liaison « prise en charge diététique » sur laquelle j'avais noté que la dame faisait une intolérance au lactose. L'enveloppe est partie avec la patiente mais elle s'est arrêtée aux urgences.* » Virginie Ledent, diététicienne.

La feuille de liaison nutritionnelle doit inclure le graphique du poids sur un an et signaler la présence des points suivants : aversion alimentaire, allergie ou intolérance, troubles de la déglutition (aux solides ou aux liquides), déclin sensoriel majeur (sensibilité au chaud et au froid, déclin visuel ou auditif), supplément nutritif oral, alimentation entérale, épidermoclyse. On y trouvera également le score MNA™ du résident, des informations sur son état bucco-dentaire et sur son éventuel besoin d'une aide aux repas ou d'une alimentation à texture modifiée. Des outils de suivi intersectoriel du vieillissement comme le RAI peuvent se substituer en partie à une telle feuille de liaison.



ANNEXES

INDICATEURS DE QUALITÉ (ALIMENTATION ET NUTRITION)
FICHE DE GOÛTS
ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL (MNA)
ABAQUE D'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)
FICHE DE LIAISON
GRAPHIQUE POIDS

LES INDICATEURS DE LA QUALITÉ POUR LES SOINS RÉSIDENTIELS DES AÎNÉS L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION

Dans le secteur des maisons de repos et pour les soins des personnes âgées à domicile, le modèle d'assistance à l'organisation des soins qui est actuellement testé avec le plus d'insistance partout dans le monde est le RAI (Resident Assessment Instrument) qui existe en Belgique sous une version BELRAI.
A l'heure où ces lignes sont écrites le RAI est testé dans des projets pilotes comme le consortium Huy Herstal par exemple et sera de manière imminente appliqué à de nouvelles populations de Wallonie.
Cette courte note ne vise pas à faire une présentation exhaustive du RAI. Il s'agit d'un outil informatisé qui permet de suivre périodiquement la personne âgée sur un nombre important d'items en relation avec le vieillissement. Ces items entrent dans les algorithmes qui déclenchent des signaux d'alarme et débouchent sur des plans de soins multidisciplinaires.

Les systèmes experts qui sont associés à cette application informatisée bénéficiaire en priorité au résident, permettent au surplus de mettre en évidence des informations précieuses pour l'organisation de l'établissement de soins.

Voici 5 indicateurs de qualité (IQ) qui ont un rapport direct avec l'alimentation et la nutrition :

- **repas insuffisants**
- **perte de poids**
- **déshydratation**
- **alimentation par sonde**
- **hygiène bucco-dentaire.**

Ces indicateurs qualité concernent cette fois l'ensemble des résidents et permettent à l'établissement de suivre l'efficacité de ses choix en matière de qualité des soins.

Prenons pour exemple le premier IQ : **la prévalence de repas insuffisants**
Définition : Nombre de résidents qui ont mangé 1 repas ou moins au cours de 2 des 3 derniers jours parmi l'ensemble des résidents.
Numérateur : ceux des résidents qui ont mangé 1 repas ou moins au cours de 2 des 3 derniers jours (Item L2a = 1 du RAi MDS 2.0 HC)
Dénominateur : Tous les résidents.

Ces 5 indicateurs méso du RAI sont recommandés par le PWNS-be-A pour suivre l'efficacité du programme en intégration de l'ensemble de la politique qualité des soins de l'établissement d'hébergement collectif pour aînés.

Pour en savoir plus sur ces indicateurs : http://socialsante.wallonie.be/?q=plan-wallon-nutrition

FICHE DE GOÛTS

Proposée par la RESIDENCE LE PIC-AU-VENT S.A

Identité du résident :	**Date :**
NOM :	**Chambre :**
PRENOM :	**Date anniversaire :**
TAILLE :	**POIDS :**

INFOS SANTÉ :

• Problèmes mastication : ❑ OUI ❑ NON
- Autonomie : ❑ VALIDE ❑ NON VALIDE
- Autonomie/alimentation : ❑ AUTONOMIE ❑ AIDE PARTIELLE ❑ AIDE TOTALE
- Expression, communication : ❑ OUI ❑ NON : difficultés :....................
- REPAS pris : ❑ au restaurant (compagnie) ❑ en chambre (seul)
  ❑ 1 ier service ❑ 2ième service

Alimentation spécifique :
- Régimes particuliers : ❑ NORMAL ❑ DIABETIQUE ❑ SANS SEL ❑ SANS GRAISSE ❑ SANS GLUTEN ❑ EPARGNE ❑ ANTICOAGULANT ❑ HYPERPROTEINE

Autre : ....
Allergies aux aliments : ....
....

- Texture des aliments : ❑ NORMALE ❑ VIANDE COUPEE ❑ MIXEE ❑ SEMI-LIQUIDE ❑ VIANDE HACHEE ❑ LIQUIDE
- HYDRATATION : ❑ LIQUIDE ❑ GELIFIEE ❑ restriction hydrique
- Autre : ❑ bière (repas) ❑ vin (repas)

INFOS REPAS :

- Appétit :
  - NORMAL ❑ Matin ❑ Midi ❑ Soir
  - GRAND MANGEUR ❑ Matin ❑ Midi ❑ Soir
  - PETIT MANGEUR ❑ Matin ❑ Midi ❑ Soir

Collation : ❑ MATIN ❑ APRES-MIDI ❑ NUIT

COMPOSITION DES REPAS :

• Petit-déjeuner :

Boissons : ❑ café noir ❑ café lait ❑ thé ❑ lait & cacao
❑ lait ❑ sucre ❑ sans sucre

Pain : ❑ pain blanc ❑ pain gris ❑ quantité tranches :

Beurre : ❑ oui ❑ non ❑ Confiture ❑ choco

Tartines : ❑ non préparées ❑ garnies ❑ sans croûtes

Sandwiches : quantité : ……………………….

• Soir :

Boissons : ❑ café noir ❑ café lait ❑ thé ❑ lait & cacao
❑ lait ❑ sucre ❑ sans sucre

Pain : ❑ pain blanc ❑ pain gris ❑ quantité tranches :

Beurre : ❑ oui ❑ non ❑ Confiture ❑ choco

Tartines : ❑ non préparées ❑ garnies ❑ sans croûtes

Sandwiches : quantité : ………………………..

Repas chaud ❑ :

HABITUDES ALIMENTAIRES : Cocher les aliments **NON** appréciés

• Viande-Volaille-Œufs-Poisson :

❑ Poisson ❑ Œuf ❑ Porc ❑ Abats
❑ Moules ❑ Autre :

• Légumes :

❑ champignons ❑ choux ❑ tomates ❑ crudités
❑ autre :

• Féculents : ❑ pâtes ❑ riz ❑ friture

• Autre :

GOÛTS ALIMENTAIRES :

Aliment ou menu apprécié :
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA™) + MNA-SF (QUESTION A À F)

NOM : **PRENOM :** **SEXE :** **DATE :**
AGE : **POIDS (kg) :** **TAILLE (cm) :** **HAUTEUR DU GENOU (cm) :**

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage. Si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

DÉPISTAGE / SCREENING :

A. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = Anorexie sévère
1 = Anorexie modérée — SCORE =
2 = Pas d'anorexie

B. Perte récente de poids (< 3 mois)
0 = Perte de poids > 3 kg
1 = Ne sait pas — SCORE =
2 = Perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = Pas de perte de poids

C. Motricité
0 = Du lit au fauteuil
1 = Autonome à l'intérieur — SCORE =
2 = Sort du domicile

D. Maladie aigue ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = Oui
2 = Non — SCORE =

E. Problèmes neuropsychologiques
0 = Démence ou dépression sévère
1 = Démence ou dépression modérée — SCORE =
2 = Pas de problème psychologique

F. Indice de masse corporelle (IMC = Poids /(Taille)2 en kg/m2)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23 — SCORE =
3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points): =

12 points ou plus :	Normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins :	Possibilité de malnutrition - continuez l'évaluation

EVALUATION GLOBALE DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL :

G. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = Non
1 = Oui — SCORE =

H. Prend-t-il plus de 3 médicaments?
0 = Non
1 = Oui — SCORE =

I. Escarres ou plaies cutanées?
0 = Non
1 = Oui — SCORE =

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Fom Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Nestlé, 1994, Révision 2006

J. Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas — SCORE
2 = 3 repas

K. Consomme-t-il:
Une fois par jour au moins des produits laitiers? Oui Non
Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? Oui Non
Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? Oui Non

0,0 = Si 0 ou 1 Oui — SCORE
0,5 = Si 2 Oui
1,0 = Si 3 Oui

L. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = Non — SCORE
1 = Oui

M. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ?
(eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = Moins de 3 verres
0,5 = De 3 à 5 verres — SCORE
1,0 = Plus de 5 verres

N. Manière de se nourrir
0 = Nécessite une assistance
1 = Se nourrit seul avec difficulté — SCORE
2 = Se nourrit seul sans difficulté

O. Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = Malnutrition sévère
1 = Ne sait pas ou malnutrition modérée — SCORE
2 = Pas de problème de nutrition

P. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = Moins bonne
0,5 = Ne sait pas — SCORE
1,0 = Aussi bonne
2,0 = Meilleure

Q. Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = ≥ 21 CB ≤ 22 — SCORE
1,0 = CB > 22

R. Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31 — SCORE
1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points): =
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) =
SCORE TOTAL (MAX. 30 POINTS) =

APPRÉCIATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

De 17 à 23,5 points : Risque de malnutrition

Moins de 17 points : Mauvais état nutritionnel

ABAQUE INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)

Cette abaque est un outil permettant de connaître rapidement l'Indice de Masse Corporelle (IMC) d'une personne, appelé aussi BMI ou Indice de Quételet, sur base de son poids et de sa taille. De plus, cet outil permet de repérer aisément si l'IMC de la personne est égal ou inférieur à 23kg/m², et aider ainsi à diagnostiquer la dénutrition.

L'abscisse de ce graphique reprend le poids (exprimé en kilogrammes), tandis que l'ordonnée reprend la taille (exprimée en mètres). Dans le tableau sont renseignés les IMC correspondant à chaque combinaison de poids et de taille.

Lorsque l'on connaît le poids et la taille d'une personne, il suffit de les repérer sur ce graphique et de se reporter à la case commune à ces deux données. Cette case renseigne l'IMC de la personne. Si la case apparaît grisée, cela peut signaler une dénutrition ou un risque de dénutrition.

Cet outil sert à attirer l'attention de l'équipe soignante sur l'état nutritionnel des patients.

POIDS (KG)

TAILLE (M)

	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120
1,86	9	9	10	10	11	12	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28	29	29	30	31	31	32	32	33	34	34	35
1,84	9	9	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30	30	31	31	32	32	33	34	34	35	35
1,82	9	10	10	11	11	12	13	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30	30	31	31	32	33	33	34	34	35	36	36
1,8	9	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30	30	31	31	32	33	33	34	35	35	36	36	37
1,78	9	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	28	29	30	30	31	32	32	33	33	34	35	35	36	37	37	38
1,76	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	32	33	34	34	35	36	36	37	37	38	39
1,74	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	32	33	34	34	35	36	36	37	38	38	39	40
1,72	10	11	11	12	13	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	39	40	41
1,7	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18	19	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	35	36	37	37	38	13	39	40	41	42
1,68	11	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	35	36	37	38	38	39	40	40	41	42	43
1,66	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	0	33	34	35	36	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44
1,64	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	39	39	40	41	42	42	43	44	45
1,62	11	12	13	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37	37	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46
1,6	11	13	13	14	15	16	16	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37	38	38	39	40	41	41	42	43	44	45	45	46	47
1,58	12	13	14	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	37	38	38	39	40	41	42	42	43	44	45	46	46	18	48
1,56	12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	25	26	27	28	12	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	7,6	49
1,54	13	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	40	41	42	43	44	45	46	46	47	48	49	50	51
1,52	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	42	43	44	45	46	47	48	48	49	50	51	52
1,5	13	14	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	36	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	49	50	51	52	52	53
1,48	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	47	48	49	50	51	52	53	54	55
1,46	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	53	54	55	56
1,44	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
1,42	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1,4	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61

FICHE DE LIAISON NUTRITIONNELLE

Contact diététicien :

Nom :
Tel :
E-mail :

NOM : **PRENOM :** **Date de naissance :**
Institution (MR) :
Lieu d'hospitalisation : **Date d'hospitalisation :**
MOTIF D'HOSPITALISATION :

Poids :		Historique :	PRISE:…..kg/.....	STABLE	PERTE :...kg/…
Type de régime :					
Allergie/Aversions :					
Etat bucco-dentaire :	Prothèse : O / N	Plaie : O / N		Autres :	
Texture :	NORMALE	COUPE	MIXE SEPARE	LISSE	LIQUIDE
Aide aux repas :	INEXISTANTE	PARTIELLE	TOTALE		
Type d'aide :	humaine :		matérielle :		
Environnement du repas	CHAMBRE		SALLE À MANGER		
Troubles de déglutition :	O / N		Aux SOLIDES	Aux LIQUIDES	
Appétit	PETIT	NORMAL	GROS		

Risque de dénutrition : O / N Type de dépistage : Score :

Mise en place d'un support nutritionnel :

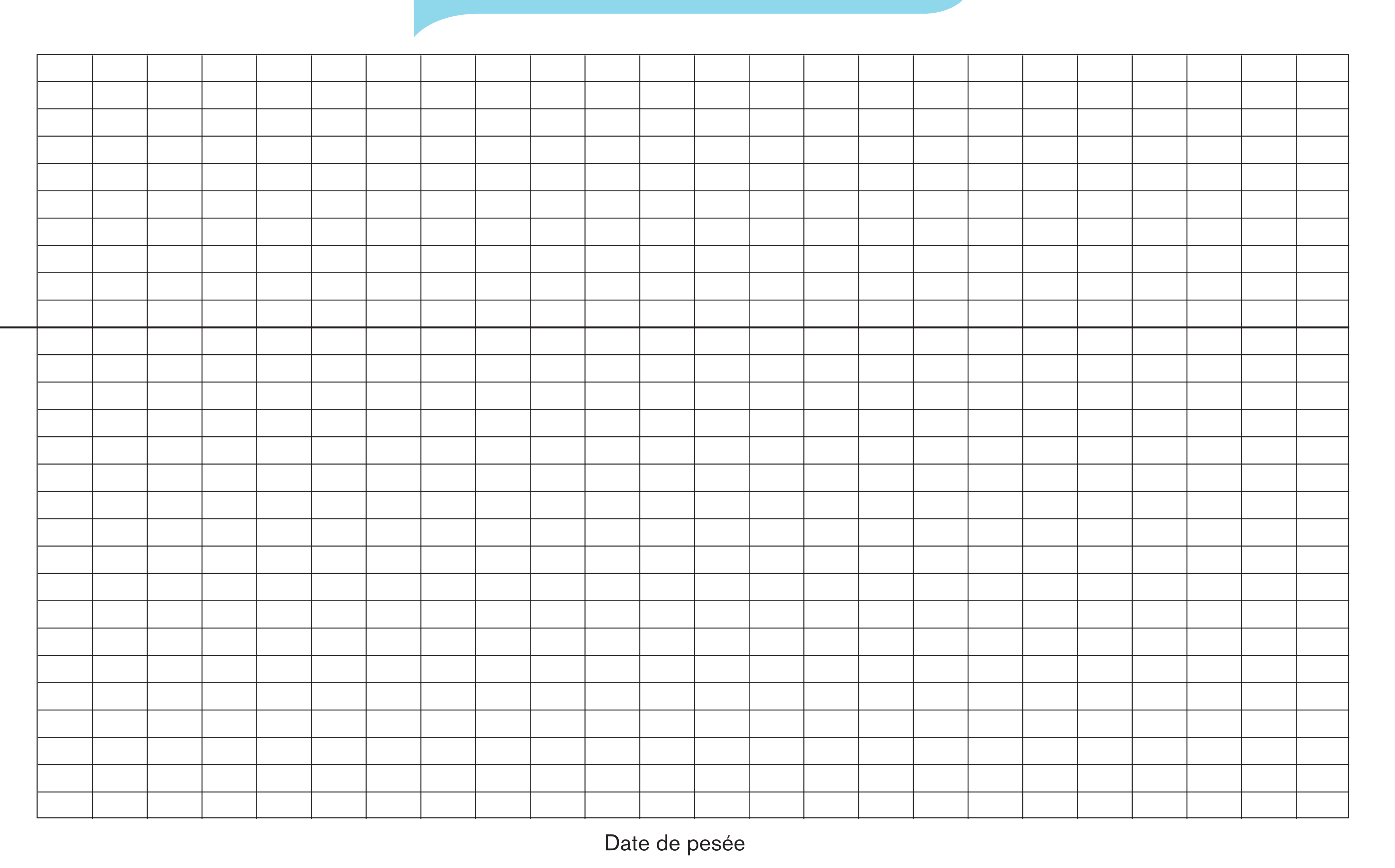
Support nutritif oral : TYPE : Nombre par jour :
GOÛT
Sonde (entérale) : TYPE : Quantité par jour :
Débit : ml/jour
Alimentation enrichie : TYPE :

Troubles du comportement alimentaire :

Trouble digestif :	CONSTIPATION Autres :		DIARRHEE	ALTERNANCE	
Troubles :	VISUEL :		AUDITIF :		
Escarres :	O / N		Localisation :		
Désorientation :	O / N	Sévérité :	LEGERE	MODEREE	SEVERE

Remarques :

GRAPHIQUE POIDS
MONSIEUR/MADAME:



Indiquer le poids de départ à gauche sur la ligne centrale. Indiquer la date de chaque pesée en bas du graphique.
Indiquer le poids (graduation + ou - 500 gr)

Merci aux établissements qui ont accepté de collaborer à la réalisation de cet ouvrage en rendant disponible plusieurs membres de leur personnel :

- Le Foyer de La Providence à Beaufays
- La Résidence Les Chartriers à Mons
- La Résidence Pic au Vent à Tournai

Merci pour leurs témoignages à :

- Noémie Vendy, logopède-animatrice au Foyer de La Providence à Beaufays
- Corinne Gosin, ergothérapeute au Foyer de La Providence à Beaufays
- Jennifer Delobbe, kinésithérapeute au Foyer de La Providence à Beaufays
- David Delmotte, aide-soignant au Foyer de La Providence à Beaufays
- Virginie Ledent, diététicienne au Foyer de La Providence à Beaufays
- Viviane Scoyez, directrice à La Résidence Les Chartriers à Mons
- Pino Sollima, chef cuisinier à La Résidence Les Chartriers à Mons
- Dr Pierre Labenne, médecin traitant généraliste et médecin coordinateur au Clos des Freesias à Pont-à-Celles, et administrateur de l'AFRAMECO (Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en MRS),
- Dr Jacques Theuwissen, médecin traitant généraliste et médecin coordinateur à la Résidence Les Chartriers à Mons et administrateur de l'AFRAMECO
- Gonzague Couture, infirmier à la Résidence Pic au Vent à Tournai
- Christine Dezutter, infirmière en chef à la Résidence Pic au Vent à Tournai

NUTRITION SANTÉ ET BIEN-ÊTRE EN MAISON DE REPOS

GUIDE POUR LES MAISONS DE REPOS